



# Stillverhalten in Bremen

Ergebnisse einer Befragung von Müttern  
in Bremen und Bremerhaven



---

# Stillverhalten in Bremen

## Ergebnisse einer Befragung von Müttern in Bremen und Bremerhaven

---

### **Impressum**

#### **Autoren**

Claudia Gerken

Günter Tempel

#### **Organisation und Durchführung der Befragung**

Eberhard Zimmermann

#### **Redaktion und Gestaltung**

Winfried Becker, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

#### **Verantwortlich**

Dr. Gabriele Sadowski, MPH, Sozialpädiatrische Abteilung

Dr. Günter Tempel, Kommunale Gesundheitsberichterstattung

#### **Herausgeber**

Gesundheitsamt Bremen

Horner Str. 60-70 • 28203 Bremen

#### **Kontakt**

Telefon 0421-361-10014

E-Mail [sozialpaediatric@gesundheitsamt.bremen.de](mailto:sozialpaediatric@gesundheitsamt.bremen.de)

Internet <http://www.gesundheitsamt.bremen.de>

#### **Erscheinungsdatum**

Oktober 2017



## Inhalt

<b>Über diesen Bericht .....</b>	<b>4</b>
<b>Stillkampagnen in Deutschland: Ein historischer Abriss.....</b>	<b>4</b>
<b>Stillen als optimale Säuglingsernährung .....</b>	<b>5</b>
<b>Verbreitung des Stillens in Deutschland .....</b>	<b>6</b>
<b>Studie des Bremer Gesundheitsamtes zum Stillverhalten.....</b>	<b>8</b>
Durchführung der Befragung .....	8
Rücklauf und Repräsentativität.....	8
Ergebnisse .....	9
Sozio-demografische Merkmale der Befragten	9
Stilldauer	11
Beratung zum Stillen	13
Reaktion des sozialen Umfeldes auf das Stillen	13
Förderliche und hinderliche Faktoren beim Stillen	14
Gründe für und gegen das Stillen	16
Zufütterung von Säuglingsnahrung	18
Stillverhalten in Abhängigkeit von sozio-demografischen Merkmalen	19
<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>27</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>28</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>29</b>



## Über diesen Bericht

Für einen Säugling gibt es keine bessere Nahrung als Muttermilch. Muttermilch enthält alles, was ein Säugling für eine gesunde Entwicklung benötigt. Zudem ist Muttermilch kostenlos, hygienisch einwandfrei und stets verfügbar. Nicht nur instinktiv, sondern auch aus ernährungsphysiologischer Sicht ist die Muttermilch als natürliche Form der Säuglingsernährung anzusehen. In vielen Weltregionen ist diese Ernährungsform auch deshalb konkurrenzlos, weil Fertignahrung dort schlicht zu teuer ist. Darüber hinaus stärkt das Stillen die Bindung zwischen Mutter und Kind. Die Förderung des Stillens und das Beseitigen von Stillhindernissen ist daher nicht nur in Deutschland ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel.

Mit dem vorliegenden Bericht stellt die Sozialpädiatrische Abteilung des Bremer Gesundheitsamtes die Ergebnisse einer Befragung zum Thema "Stillen" vor, die von dem damaligen Leiter der Sozialpädiatrischen Abteilung, Eberhard Zimmermann, organisiert worden war. Die Erhebung fand 2010 statt. Befragt wurden Mütter in Bremen und Bremerhaven, die darüber Auskunft gaben, ob und wie lange sie ihr Kind stillen oder gestillt haben. Gefragt wurde außerdem nach den Motiven für das Stillen beziehungsweise für das Nicht-Stillen sowie nach Umständen, die als förderlich oder als hinderlich empfunden wurden. Insgesamt beteiligten sich 871 Mütter. Diese Studie sollte Einblicke geben in das Stillverhalten der Mütter im Land Bremen. Von besonderem Interesse war der Einfluss unterschiedlicher Lebenssituationen. Ziel war es Faktoren zu identifizieren, die sich auf das Stillverhalten auswirken, um Hinweise auf prioritäre Handlungsfelder für die Förderung des Stillens zu erlangen. Mit den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich Maßnahmen entwickeln, die auf eine hohe Stillbereitschaft bei den Müttern und eine angemessene Stilldauer hinwirken.

Die Studie sollte Aufschluss geben über das Stillverhalten der Mütter im Land Bremen. Ziel war es Faktoren zu identifizieren, die sich auf die Stillbereitschaft und auf die Stilldauer auswirken. Zwar liegt die Datenerhebung bereits einige Jahre zurück. Die Studie lieferte jedoch differenzierte Erkenntnisse zum Stillverhalten, die nach wie vor Gültigkeit besitzen und die Impulse geben können für die Weiterentwicklung stillförderlicher Maßnahmen. In diesem Rahmen ist der Bericht als Diskussionsbeitrag gedacht.

## Stillkampagnen in Deutschland: Ein historischer Abriss

In früheren Zeiten lag die Säuglings- und Kindersterblichkeit auf einem heute unvorstellbar hohen Niveau. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts starben im Deutschen Reich 20 % der Neugeborenen bereits im ersten Lebensjahr,<sup>1</sup> und in manchen Jahren erreichte nur jedes dritte Kind eines Geburtsjahrgangs das Erwachsenenalter. Besonders betroffen war das im Zuge der Industrialisierung entstandene Proletariat. 1901 starben über die Hälfte (55,1 %) der Kinder aus Berliner Arbeiterhaushalten vor dem 8. Lebensjahr, fast zwei Drittel (64,4 %) wurden nicht älter als 14 Jahre.<sup>2</sup> Zu dieser Zeit waren auch in der Stadt Bremen die sozialen Unterschiede in der Säuglings- und Kindersterblichkeit eklatant. Verglichen mit den Wohnquartieren der "wohlhabenden Bevölkerung" lag in den Wohnquartieren der "weniger bemittelten Bevölkerung" die Säuglings-

---

<sup>1</sup> Vögele (2009). Heute liegt die Säuglingssterblichkeit in Deutschland bei etwa 0,3 % (3 Säuglinge pro 1.000 Lebendgeburten).

<sup>2</sup> Johansen (1978), Seite 101





sterblichkeit (unter einjährige Kinder) mehr als fünfmal so hoch und die Kindersterblichkeit (ein- bis fünfjährige Kinder) fast zehnmals so hoch.<sup>3</sup>

Diese Situation führte zur Gründung des eigenständigen medizinischen Fachgebiets "Kinderheilkunde" (Pädiatrie).<sup>4</sup> Dahinter standen allerdings weniger sozialpolitische Anliegen als vielmehr Sorgen um Wehrfähigkeit und Arbeitskraftpotenziale, da zu einer hohen Kindersterblichkeit noch abnehmende Geburtenziffern traten.

Ein wesentlicher Grund für die hohe Säuglingssterblichkeit war, neben Mangelernährung, bakteriell verunreinigte Kuhmilch, die zur Herstellung von Säuglingsnahrung verwendet wurde. Pasteurisierte Milch war teuer, und zudem gab es nur unzureichende Kühlmöglichkeiten, so dass die Milch vor allem im Sommer schnell verdarb. Von ärztlicher Seite propagiert wurde daher Muttermilch als ernährungsphysiologisch hochwertige, weitgehend sterile und kostenlose Säuglingsnahrung. Zur Förderung des Stillens gab es eine Reihe staatlicher Kampagnen und Maßnahmen. Ab 1905 erhielten stillende Mütter Geldprämien oder andere Leistungen wie Bekleidung. Später wurde per Gesetz ein Stillgeld eingeführt, erst 1968 wurde das Stillgeld wieder abgeschafft.

In den 1920er Jahren kam industriell hergestellte, hygienisch weniger bedenkliche Babynahrung auf der Basis von Kuhmilch auf den Markt. In der Folgezeit setzte sich die Fertignahrung für Kleinkinder gegenüber dem Stillen durch. Frauen empfanden Stillen als einschränkend und fürchteten um die Form ihrer Brüste, überdies wurde Stillen mit niedriger sozialer Stellung assoziiert und wirkte somit sozial stigmatisierend. Erst in den 1970er-Jahren begann Stillen nicht zuletzt durch die Kampagnen der La Lèche Liga wieder populärer zu werden. Inzwischen ist Stillen die Regel, Stillen wird offenbar zunehmend wieder als die natürliche Form der Säuglingsernährung begriffen.

In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, 1. Welle) gaben rund 82 % der befragten Eltern an, dass ihre Kinder gestillt wurden. Bemerkenswert ist der Wandel im sozialen Ansehen. Galt vormals das Stillen als Zeichen von Armut, sind es nun vor allem Frauen mit höherem Sozialstatus, die ihre Kinder stillen.

## Stillen als optimale Säuglingsernährung

Für das Stillen sprechen zunächst praktische Argumente. Muttermilch muss nicht erst zubereitet werden. Sie ist kostenlos, bei Bedarf immer vorhanden und ideal temperiert. Hinzu kommen erhebliche gesundheitliche Vorteile für das Kind. Muttermilch ist hygienisch einwandfrei und ernährungsphysiologisch optimal auf den Bedarf eines Säuglings eingestellt. Sie enthält alle wichtigen Nährstoffe und ist leicht verdaulich. Die in der Muttermilch enthaltenen Antikörper unterstützen die Immunabwehr des Säuglings. Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für infektiöse Durchfallerkrankungen und akute Mittelohrentzündungen, verringert ist auch das Risiko des plötzlichen Kindstod und einer späteren Adipositas.<sup>5</sup> Durch das Stillen wird die

---

<sup>3</sup> Funk (1911)

<sup>4</sup> Heininger (2013)

<sup>5</sup> Koletzko et al. (2016)



Mundmuskulatur des Säuglings stimuliert und dadurch Fehlentwicklungen vorgebeugt. Kontrovers diskutiert wird der Einfluss des Stillens auf die Intelligenzentwicklung des Kindes.<sup>6</sup>

Stillende Mütter profitieren ebenfalls in gesundheitlicher Hinsicht. Wissenschaftliche Studien zeigten ein geringeres Risiko für Eierstockkrebs bei stillenden Frauen, im abgeschwächten Maße gilt dies auch für Brustkrebs. Befürchtungen, durch das Stillen könne die Brust ihre Form verlieren, sind unbegründet.

Potenzielle Risiken ergeben sich aus Schadstoffbelastungen der Muttermilch. Dabei kann es sich um Rückstände von Insektiziden und Pflanzenschutzmitteln oder um Schadstoffe aus industriellen Produktionsprozessen handeln. Weitere Quellen für Schadstoffe in der Muttermilch sind Rauchen, Alkoholkonsum oder Suchtmittelmissbrauch. Auch die Übertragung von bestimmten Krankheitserregern – zum Beispiel HIV – über die Muttermilch ist grundsätzlich möglich.

Jedoch überwiegt der gesundheitliche Nutzen des Stillens etwaige Gesundheitsrisiken bei weitem. Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) empfiehlt daher, Neugeborene nach Möglichkeit die ersten sechs Monate ausschließlich zu stillen und auch nach der Einführung von Beikost weiter zu stillen. Eine Empfehlung zum Zeitpunkt des Abstillens gibt die Stillkommission ausdrücklich nicht.<sup>7</sup>

## Verbreitung des Stillens in Deutschland

In Deutschland wird der weitaus größte Teil der Kinder gestillt, die Tendenz ist steigend. Die Basiserhebung des bundesweit durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) ergab, dass, über alle Geburtskohorten betrachtet, 76,7 % der Kinder gestillt worden waren.<sup>8</sup> Differenziert nach Geburtsjahrgängen stieg die Stillquote von 74 % (Geburtsjahrgang 1986) auf 81,5 % (Geburtsjahrgang 2005).<sup>9</sup>

Die erste Folgebefragung (KiGGS, 1. Welle), die zwischen 2009 und 2012 stattfand, ermittelte eine Stillquote von 82 % für die Geburtsjahrgänge 2002 bis 2012.<sup>10</sup> Die durchschnittliche Stilldauer betrug 7,5 Monate, in der KiGGS-Basiserhebung lag dieser Mittelwert etwas niedriger bei 6,9 Monaten.<sup>11</sup>

Wie alles, was mit Gesundheit und gesundheitsrelevantem Verhalten zu tun hat, ist auch Stillen stark mit sozialstrukturellen Merkmalen verknüpft. Mit dem sozialen Status und dem Ausbildungsniveau steigen die Stillquote sowie die Dauer des Stillens. 90,5 % der in der KiGGS-Basiserhebung befragten Eltern mit hohem Sozialstatus gaben an, ihre Kinder seien gestillt worden oder würden aktuell gestillt. In der Gruppe der Befragten mit niedrigem Sozialstatus war der Anteil gestillter Kinder mit 67,3 % deutlich kleiner (Abbildung 1).

<sup>6</sup> Positive Effekte berichten zum Beispiel Mortensen et al. (2002), Kramer et al. (2008). Abweichend dazu siehe Der et al. (2006), Walfisch et al. (2013)

<sup>7</sup> Nationale Stillkommission (2004)

<sup>8</sup> Lange et al. (2007), Seite 626. Die KiGGS-Basiserhebung wurde zwischen 2003 bis 2006 durchgeführt.

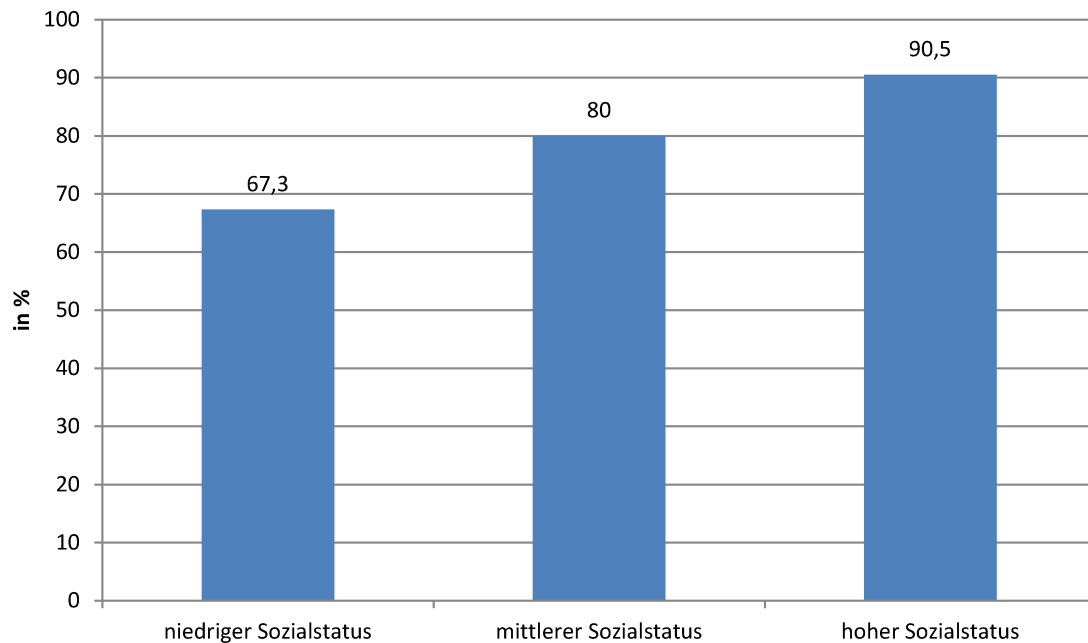
<sup>9</sup> Lange et al. (2007), Seite 626, und Seite 628, Abbildung 1

<sup>10</sup> Von der Lippe et al. (2014)

<sup>11</sup> Von der Lippe et al. (2014), Seite 852. Lange et al. (2007), Seite 628



**Abbildung 1: Stillquote in Abhängigkeit vom sozialen Status der Mutter  
(KiGSS Basiserhebung, 2003-2006)**



Daten: Lange et al. (2007), Seite 626, Tabelle 1

Ein gleichartiges Bild ergibt sich, betrachtet man sich die schulische und berufliche Qualifikation (Bildungsstatus) der Mütter. Verglichen mit Kindern von Müttern mit einfacher Bildung, hatten Kinder von Müttern mit höherer Bildung eine mehr als fünfmal größere Wahrscheinlichkeit gestillt zu werden. Bei Kindern von Müttern mit mittlerer Bildung war diese Wahrscheinlichkeit fast zweimal größer.<sup>12</sup>

Mütter mit hohem Sozialstatus stillten ihre Kinder im Durchschnitt 8,5 Monate. Bei Müttern mit niedrigem Sozialstatus betrug der Durchschnittswert 6,2 Monate.<sup>13</sup> Ausschließliches Stillen über mindestens vier Monate berichtete fast die Hälfte der Mütter mit höherer Bildung (49,7 %). Unter den Müttern mit einfacher Bildung war dieser Anteil mit 21,1 % nicht einmal halb so hoch.<sup>14</sup>

Es gibt weitere Faktoren, die mit Stillen korrelieren. So unterscheiden sich Ost- und Westdeutschland hinsichtlich der Stillhäufigkeit. In Ostdeutschland lag die Stillquote höher als in Westdeutschland (81,6 % versus 75,7 %). Migrantinnen stillten häufiger als Nicht-Migrantinnen (79,1 % versus 76,2 %). Mütter, die während der Schwangerschaft geraucht hatten, stillten ihre Kinder deutlich seltener als nichtrauchende Mütter (58 % versus 80,9 %). Die Stillquote bei Jungen und Mädchen hingegen unterscheidet sich kaum und ist statistisch unbedeutend.<sup>15</sup>

<sup>12</sup> Von der Lippe et al. (2014), Seite 853, Tabelle 2

<sup>13</sup> Lange et al. (2007), Seite 629, Tabelle 3

<sup>14</sup> Von der Lippe et al. (2014), Seite 856, Tabelle 3. Ausschließliches Stillen meint die alleinige Ernährung mit Muttermilch ohne Zugabe von weiteren Flüssigkeiten, Beikost und Flaschenmilchnahrung.

<sup>15</sup> Lange et al. (2007), Seite 626ff, Tabelle 1 und Tabelle 2



## Studie des Bremer Gesundheitsamtes zum Stillverhalten

### Durchführung der Befragung

Die Datenerhebung erfolgte über eine postalische Befragung. Die Befragung richtete sich **an Mütter in Bremen und in Bremerhaven**, die zwischen dem 28. Juli und dem 27. November 2009 entbunden hatten. Dies traf auf 1.913 Frauen zu.

Die Mütter erhielten den Fragebogen jeweils 9 Monate nach der Geburt (post partum) im Sommer 2010. Die im Gesundheitsamt angesiedelte "Einladende Stelle Früherkennung und Frühberatung" organisierte den Versand. Der Fragebogen wurde zusammen mit dem Hinweis auf die anstehende U6-Früherkennungsuntersuchung für Kinder an die Eltern verschickt. Die Beteiligung an der Befragung war ausdrücklich freiwillig. Von den Kinderarztpraxen wurden die Fragebogen zusammen mit den Belegen über die durchgeführten Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen an das Gesundheitsamt zurückgeschickt.

### Rücklauf und Repräsentativität

Das Gesundheitsamt erhielt 871 ausgefüllte Fragebogen zurück, es beteiligten sich also 45,5 % der angeschriebenen Mütter an der Studie. Dabei handelte es sich überwiegend um Frauen, deren Kinder im 10. bis 12. Lebensmonat waren. Ohne unterstützende Maßnahmen wie Erinnerungsschreiben erreichen die Rücklaufquoten bei schriftlichen Befragungen selten Werte über 20 %.<sup>16</sup> Von daher ist die hier erzielte Rücklaufquote von gut 45 % überaus beachtlich.

Ein generelles Problem bei Befragungen ist die je nach Bevölkerungsgruppe unterschiedlich stark ausgeprägte Teilnahmebereitschaft. So sind Angehörige der Mittelschicht leichter zu motivieren, an einer Befragung teilzunehmen, die Mittelschicht ist daher in Umfragen häufig überrepräsentiert ("Mittelschichtsbias").<sup>17</sup> Sind die Abweichungen von der tatsächlichen Bevölkerungsstruktur zu groß, ist die Verallgemeinerbarkeit der Befragungsergebnisse in Frage gestellt.

Wie aus Tabelle 1 hervorgeht, waren Mütter der Altersgruppen ab 30 Jahre überproportional in der Stichprobe vertreten. Des Weiteren lag in der Stichprobe der Anteil der Frauen mit Abitur oder Fachhochschulreife etwas höher als bei gleichaltrigen Frauen im Land Bremen. Komplementär dazu war der Anteil der Frauen, die in der Befragung einen Hauptschulabschluss angaben, etwas geringer als im Landesdurchschnitt (Tabelle 2).<sup>18</sup> Markant sind jedoch die Unterschiede in der familiären Konstellation. Ein Vergleich mit den Daten aus dem Mikrozensus zeigt, dass unter den Studienteilnehmerinnen der Anteil Alleinerziehender weit unter dem Bremer Durchschnitt lag (Tabelle 3). Vermutlich handelt es sich bei den befragten Alleinerziehenden sogar noch um eine Positivauswahl. Damit wird die Lebenssituation Alleinerziehender, die im Land Bremen zum Zeitpunkt der Studie fast ein Drittel der Haushalte mit Kindern ausmachten, in den Befragungsdaten nur unzureichend abgebildet.

---

<sup>16</sup> Porst (2001)

<sup>17</sup> Diekmann (2002), Seite 361

<sup>18</sup> Daten: Volkszählung 2011. Die Angaben beziehen sich auf Frauen im Land Bremen im Alter zwischen 20 und 50 Jahren (Statistisches Landesamt Bremen, Bremen Infosystem).



## Ergebnisse

### Sozio-demografische Merkmale der Befragten

Das Alter der befragten Mütter lag zwischen 18 und 47 Jahren, das mittlere Alter (Median) betrug 31 Jahre. Der Vergleich mit der Altersstruktur der Frauen, die 2010 im Land Bremen ein Kind zur Welt gebracht hatten, zeigt bei den Studienteilnehmerinnen eine überproportionale Besetzung der höheren Altersgruppen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Altersstruktur der befragten Mütter und Altersstruktur der Frauen, die 2010 im Land Bremen ein Kind zur Welt brachten**

Altersgruppe	Anzahl	in %	Land Bremen (in %)
unter 20 Jahre	4	0,5	6,5
20 bis 24 Jahre	95	10,9	18,2
25 bis 29 Jahre	217	24,9	28,2
30 bis 34 Jahre	271	31,1	29,3
35 bis 39 Jahre	209	24,0	16,6
40 Jahre und älter	58	6,7	4,3
Keine Angabe	17	2,0	0
Insgesamt	871	100	100

Daten: Gesundheitsamt Bremen, Statistisches Landesamt Bremen

Die Hälfte (49,7 %) der befragten Mütter hatten das Abitur oder die Fachhochschulreife. Fast ein Drittel (31,7 %) konnte einen Realschulabschluss oder einen Abschluss der Polytechnischen Oberschule vorweisen, 12,6 % hatten einen Hauptschulabschluss. Im Vergleich zu Frauen, die im Zensus 2011 zwischen 20 und 50 Jahre alt waren, lag die Abiturquote bei den Studienteilnehmerinnen etwas höher (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Schulabschlüsse der befragten Mütter und der Frauen (20-50 Jahre) im Land Bremen**

Schulabschluss	Anzahl	in %	Land Bremen, Zensus 2011 (in %)
(noch) keinen Abschluss	29	3,3	5,6
Hauptschulabschluss	110	12,6	14,8
Realschulabschluss/POS	276	31,7	31,3
Abitur/Fachhochschulreife	433	49,7	48,0
Keine Angabe	23	2,6	0
Insgesamt	871	100	100

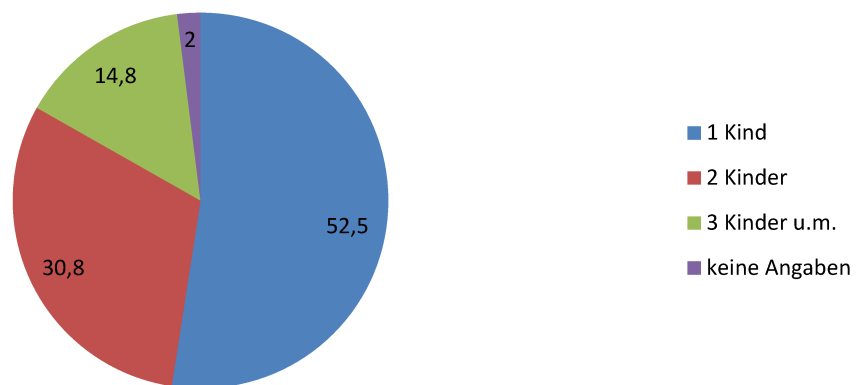
Daten: Gesundheitsamt Bremen, Statistisches Landesamt Bremen



Gut zwei Drittel (68,7 %) der Studienteilnehmerinnen waren in Deutschland geboren worden. Bezieht man den Geburtsort der Eltern der Mütter mit ein, hatten 38,7 % der befragten Mütter einen Migrationshintergrund. Migrationshintergrund heißt in diesem Fall, dass die Frauen oder zumindest ein Elternteil der Frauen im Ausland geboren wurden.

Über die Hälfte (52,5 %) der Studienteilnehmerinnen hatte ein Kind, knapp ein Drittel (30,8 %) zwei Kinder. Drei und mehr Kinder hatten rund 15 % der befragten Mütter (Abbildung 2). Ab drei Kindern spricht man von einer Mehrkindfamilie.<sup>19</sup>

**Abbildung 2: Zahl der angegebenen Kinder. (Angaben in %)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Rund 70 % der Studienteilnehmerinnen lebten zum Zeitpunkt der Geburt des letzten Kindes mit ihrem Ehepartner zusammen, weitere 20 % lebten in einer Lebensgemeinschaft. Knapp 8 % waren alleinerziehend, ein deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegender Wert (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Familiäre Konstellation der Studienteilnehmerinnen und Familien nach Familientyp im Land Bremen**

Familiäre Konstellation	Anzahl	in %	Land Bremen, Zensus 2010 (in %)
mit Ehepartner	609	69,9	61,5
Lebensgemeinschaft	176	20,2	7,2
Allein lebend	68	7,8	31,3
Keine Angabe	18	2,1	0
Insgesamt	871	100	100

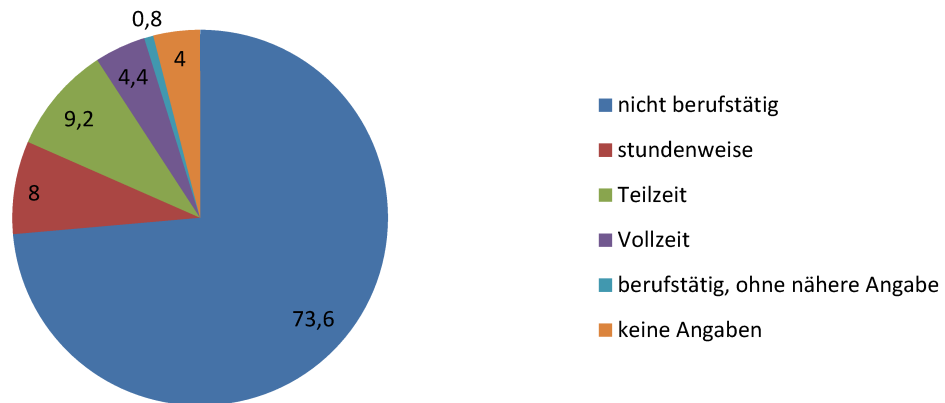
Daten: Gesundheitsamt Bremen, Statistisches Landesamt Bremen. Unter Familien versteht die amtliche Statistik alle Haushalte mit Kindern.

<sup>19</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013), Seite 11



Zum Zeitpunkt der Befragung waren etwa drei Viertel (73,6 %) der Studienteilnehmerinnen weder berufstätig noch in Ausbildung. 17,2 % arbeiteten stundenweise oder in Teilzeit, 4,4 % waren in Vollzeit berufstätig (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung (Angaben in %)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen

### Stilldauer

10,1 % der befragten Mütter gaben an, ihr Kind nicht gestillt zu haben. Die Stillquote/Stillbeginnrate (Kind jemals gestillt) betrug demnach fast 90 %. 14,5 % stillten weniger als drei Monate, 16,7 % zwischen drei und fünf Monate und 23,9 zwischen sechs und neun Monate. Ein Drittel (32,6 %) stillte zum Befragungszeitpunkt noch, die Stilldauer betrug somit zehn bis dreizehn Monate (Abbildung 4). Somit stillten weit über die Hälfte (56,6 %) der Studienteilnehmerinnen ihr Kinder mindestens sechs Monate.

Nach der Empfehlung der Nationalen Stillkommission sollten Neugeborene sechs Monate ausschließlich gestillt werden. Während dieser Zeit erhält das Baby keine Zusatznahrung wie Beikost, Säuglingsmilch oder Getränke, sondern wird allein durch Muttermilch ernährt. Ein Drittel der befragten Mütter (33,2 %) stillte mindestens sechs Monate lang ausschließlich.<sup>20</sup> Fast jede zehnte Studienteilnehmerin (9,3 %) hatte nie ausschließlich gestillt (Abbildung 5).

In der KiGGS-Basiserhebung gaben 37,4 % der befragten Mütter an, mindestens sechs Monate ausschließlich gestillt zu haben.<sup>21</sup> Zwar sind die aus der Befragung des Bremer Gesundheitsamtes und dem KiGGS-Survey ermittelten Anteilswerte wegen der abweichenden Frageformulierungen nur bedingt miteinander vergleichbar.<sup>22</sup> Es lässt sich jedoch sagen, dass zum Befragungs-

<sup>20</sup> Kategorien "6 bis 9 Monate" und "stille noch ausschließlich".

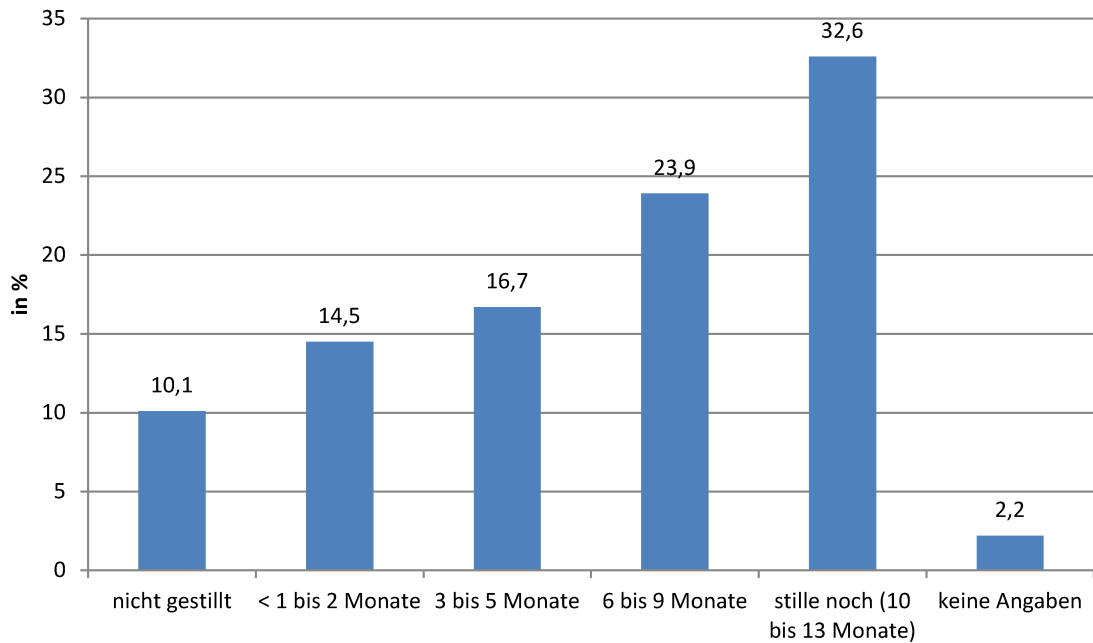
<sup>21</sup> Lange et al. (2007), Seite 630

<sup>22</sup> Die Frage des Bremer Gesundheitsamtes lautete: "Wie lange haben Sie Ihr Kinder ausschließlich (voll) gestillt?". Im KiGGS-Survey wurde folgende Frage gestellt: "Wie lange wurde Ihr Kind ausschließlich gestillt, also ohne zusätzliche Gabe von Flaschennahrung, Säuglingsanfangsnahrung oder Beikost?" (Lange et al. (2007), Seite 626)



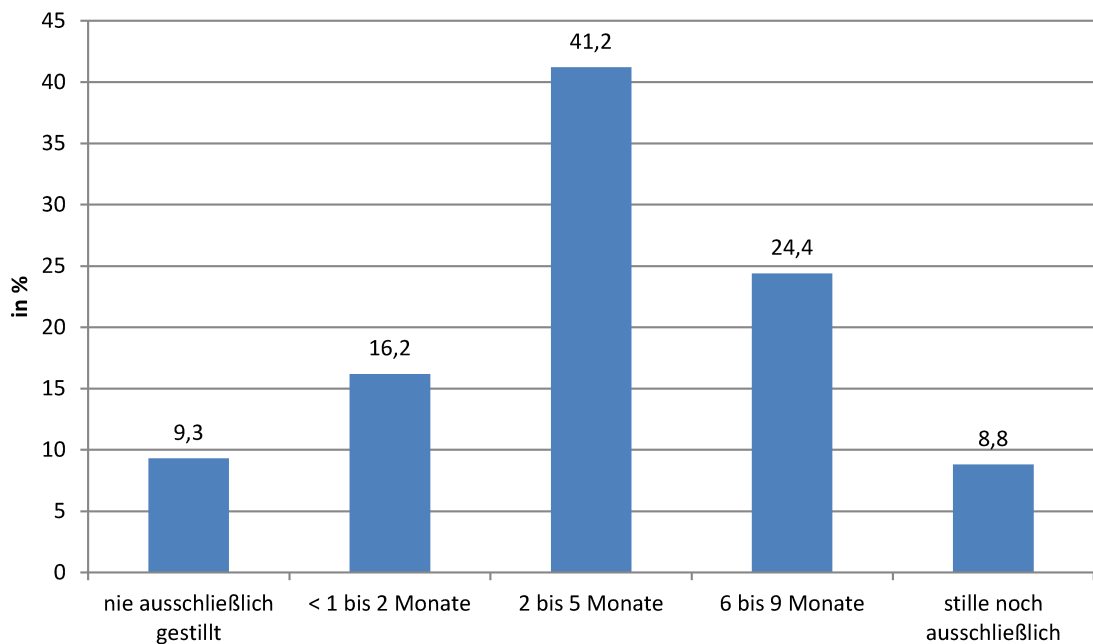
zeitpunkt in Deutschland und in Bremen ungefähr ein Drittel der Mütter mindestens 6 Monate ausschließlich stillte.

Abbildung 4: Stilldauer (Angaben in %)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Abbildung 5: Dauer des ausschließlichen Stillens  
(Nur Stillende, ohne fehlende Angaben zum Ausschließlichen Stillen (n=735))



Daten: Gesundheitsamt Bremen

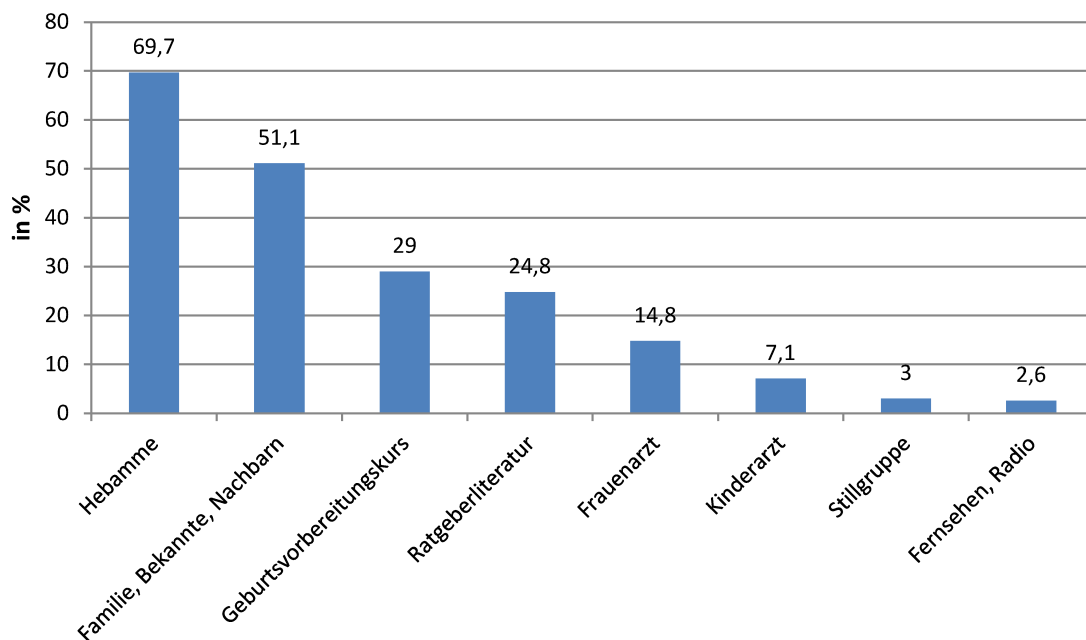




## Beratung zum Stillen

Die Studienteilnehmerinnen erhielten mit Abstand am häufigsten von Hebammen Rat zum Thema Stillen. Fast 70 % gaben an, von einer Hebamme beraten worden zu sein (Abbildung 6). Von großer Bedeutung ist auch das nähere soziale Umfeld. Etwa die Hälfte der Mütter erhielt Rat von der Familie, von Freunden oder von Nachbarn. Knapp ein Drittel wurde im Geburtsvorbereitungskurs beraten, gut ein Viertel informierte sich durch Ratgeberliteratur. Auch Frauenärztinnen und Frauenärzte berieten relativ häufig. Dagegen spielten Kinderärztinnen und Kinderärzte als Ratgeber nur eine nachgeordnete Rolle. Stillgruppen sowie Fernseh- und Radiosendungen wurden selten genannt.

**Abbildung 6: Wer hat zum Thema "Stillen" beraten?**  
(Angaben in %, bezogen auf die Fallzahl. Mehrfachantworten möglich)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

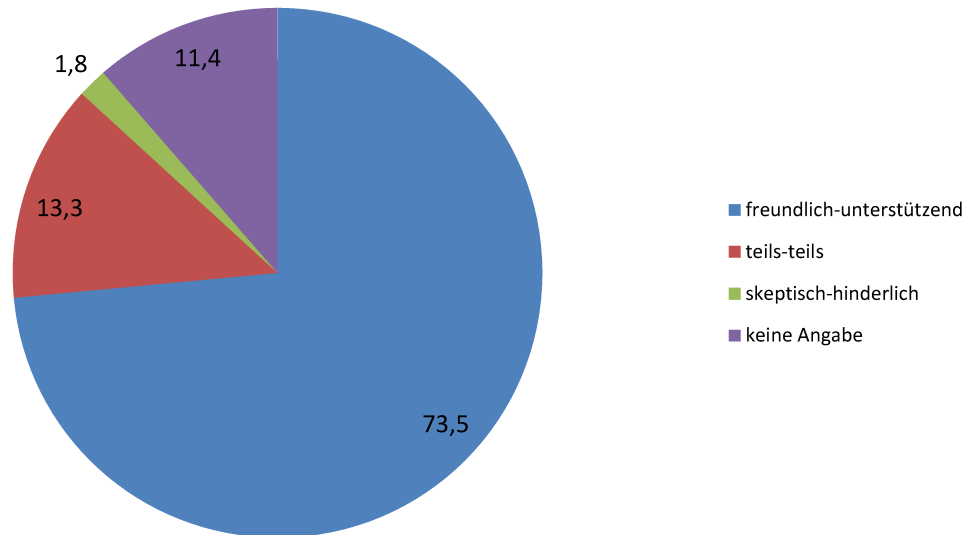
## Reaktion des sozialen Umfeldes auf das Stillen

Auch wenn Stillen als natürlich gilt und breite gesellschaftliche Akzeptanz genießt, gibt es immer wieder indignierte Reaktionen auf Mütter, die ihrem Kind in der Öffentlichkeit die Brust geben. Dennoch gab beinahe die Hälfte der Studienteilnehmerinnen (46 %) an, auch in der Öffentlichkeit gestillt zu haben. 29 % hatten zwar nicht in der Öffentlichkeit gestillt, wohl aber vor Freunden und Bekannten. Knapp 15 % stillten nicht öffentlich. 10 % der befragten Mütter machten dazu keine Angaben.

Nach Angaben der Studienteilnehmerinnen war die Reaktion des Umfeldes auf das Stillen überwiegend freundlich und unterstützend. Etwa drei Viertel berichteten über positive Erfahrungen, bei 13,3 % war die Resonanz des Umfeldes gemischt. Skeptische und hinderliche Reaktionen gab es nur vereinzelt (Abbildung 7).



Abbildung 7: Reaktion des Umfeldes auf das Stillen (Angaben in %)



Daten: Gesundheitsamt Bremen

#### Förderliche und hinderliche Faktoren beim Stillen

Auf die Fragen, was als stillfreundlich und was als stillhinderlich empfunden wurde, machten die Studienteilnehmerinnen 672 Angaben zu stillfreundlichen Umständen und 512 Angaben zu stillhinderlichen Umständen.<sup>23</sup> Die beiden Fragen enthielten keine festen Antwortvorgaben, stattdessen konnten die Befragten in einem Textfeld individuell formulierte Angaben machen. Fasst man diese Äußerungen unter inhaltlichen Überschriften zusammen, ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 4): Am meisten als **stillfreundlich** wurde empfunden, dass Stillen praktisch ist. Stillen ist umstandslos möglich, und die Milch ist stets trinkfertig. 21,6 % der Angaben entfielen in diese Kategorie. Ähnlich häufig wurden stillfreundliche Strukturen wie Rückzugsmöglichkeiten, separate Räumlichkeiten und flexible Arbeitszeiten genannt. Diese Kategorie umfasste 20,7 % der Nennungen. Auch verständnisvolle Reaktionen der Umwelt (14,9 % der Nennungen) und Unterstützung durch andere (14,3 % der Nennungen) wurden als positiv bewertet. Des Weiteren als stillförderlich genannt wurden positive Gefühle beim Stillen (12,3 % der Nennungen) sowie Vorteile für das Kind (10,7 % der Nennungen).

Als **stillhinderlich** empfunden wurden vor allem ungünstige äußere Umstände wie unruhige Situationen und fehlende Rückzugsmöglichkeiten. 34 % der Angaben entfielen in diese Kategorie. Angaben, die auf Komplikationen bei Stillen verweisen, machten 18,2 % der Nennungen aus. 17,4 % der Nennungen beschrieben persönliche Belastungen und Einschränkungen. Stillhinderlich waren ferner negative Reaktionen wie Beschwerden und verächtliche Bemerkungen. Derartige Erfahrungen wurden jedoch vergleichsweise wenig berichtet (13,7 % der Nennungen). 6,8 % der Nennungen bezogen sich auf mangelnde Unterstützung, vereinzelt (2,5 % der Nennungen) wurden Schamgefühle sowie die Verletzung religiöser Vorschriften und Statusprobleme beim öffentlichen Stillen genannt.

<sup>23</sup> Zimmermann (2011)



**Tabelle 4: Stillfreundliche und stillhinderliche Faktoren**

<b>Stillförderliche Faktoren (N=672)</b>		<b>Anzahl in %</b>
Praktische Aspekte	<i>Wenig Aufwand, kostengünstig, trinkfertig und temperiert, nachts oder morgens einfach liegenbleiben, keine Utensilien, kein Abwasch, immer dabei, ungebunden sein, einfach bequem</i>	21,6
Stillfreundliche Strukturen	<i>Rückzugsmöglichkeit (zu Hause, draußen), ruhige Ecken, Stillräume in Kaufhäusern, Stillmöglichkeiten in Gastronomie (Rauchfreiheit), Stillzimmer beim Kinderarzt, Stillcafe in der Klinik, Rückzugsraum im Zug, flexible Arbeitszeit</i>	20,7
Verständnisvolle Reaktionen	<i>Akzeptanz des Stillens in Familie, Freundeskreis, Öffentlichkeit, wertschätzende Kommentare, anerkennende Blicke, Gesten, Verständnis für Verspätungen Unterbrechung von Sitzungen, keine Irritation durch Stillen in der Öffentlichkeit, Angebot von Sichtschutz, unaufgefordert Wasser in Gastronomie</i>	14,9
Unterstützung durch andere, geeignetes Equipment	<i>Gute Beratung durch Hebammen, Ärzte und Kliniken, Gespräche im Stillcafe, Zuwendung bei Stillproblemen, Unterstützung durch Partner, Verkäuferinnen, Zugführer, spezielle Stillkleidung hilfreich, Zuwendung (Stillkissen)</i>	14,3
Positive Gefühle	<i>Muttergefühle, Wohlfühl beim Stillen, Zweisamkeit mit Kind, Nähe zum Kind, Körpernähe, Zeit für's Kind, Kuschneln, Stillzeit als Phase individueller Entspannung, Kraft tanken beim Stillen, sehr schönes Gefühl</i>	12,3
Vorteile für das Kind	<i>Wissen, dass Muttermilch die beste Nahrung ist (schützt vor Krankheiten, richtig zusammengesetzt, immer hygienisch), Stärkung Immunsystem, Vorbeugung Allergien, gesünderes Kind, intelligenteres Kind, Mutter-Kind-Bindung, bessere Bindung</i>	10,7
Unleserliche/nicht eindeutige Einträge		5,5
<b>Stillhinderliche Faktoren (N=512)</b>		
Ungünstige äußere Umstände	<i>Lärm, Trubel, Hektik (zu Hause und draußen), fehlende/ ungeeignete Stillgelegenheiten im öffentlichen Raum und Gebäuden, schwieriges Stillen am Arbeitsplatz, Stress bei Behördenbesuchen (Warten) und durch ältere Geschwister</i>	34,0
Komplikationen beim Stillen	<i>Saugschwaches Kind, lästige Stillpraktiken (Hütchen, Abpumpen), Milchmangel, Schmerzen beim Stillen (Mastitis, Zähne des Kindes) bei eigener Krankheit keine Medikation wegen Stillens, Befürchtung der Brusterschlaffung, Sorge wegen Gift in der Muttermilch, ständig Muskelverspannungen (Nacken)</i>	18,2
Belastungen und Einschränkungen	<i>Hoher Zeitbedarf, Unbehagen durch Nässen, nächtliche Beanspruchung, keine Arbeitsteilung mit Partner, Einschränkungen bei Nahrungs- und Getränkeauswahl, Bekleidung nicht still freundlich (Winter), Verlust der Zeitkontrolle, Gefühl selbst zu kurz zu kommen, Angebundensein, Ungewissheit über Trinkmenge, Verantwortung für Babys Gedeihen, Leistungsdruck</i>	17,4
Negative Reaktionen	<i>Mangelnde Akzeptanz öffentlichen Stillens, Beschwerden über Stillen, neugierige Blicke, verächtliche Bemerkungen, Verweisung aus Lokalen, Ständige Fragen: Stillst Du noch? Sie stillen noch? Einmischungen Fremder</i>	13,7
Mangelnde Unterstützung	<i>Widersprüchliche Empfehlungen von Laien und Professionals, stillunfreundliche Praktiken im Krankenhaus (Zufüttern, Schnullergabe), wenig Hilfestellung auf der Wochenbettstation, Krankenkasse zahlt nur 6 Monate elektrische Pumpe</i>	6,8
Unangenehme Situationen	<i>Religiöse Vorschriften, ausgeprägtes Schamgefühl, Betonung Intimsphäre, Statusprobleme (Autoritätsverlust in Beruf, Beschädigung gesellschaftlicher Position), Entwertungsgefühl (Milchkuh), Peinlichkeitsempfinden (Brustentblößen)</i>	2,5
Unleserliche/nicht eindeutige Einträge		7,4



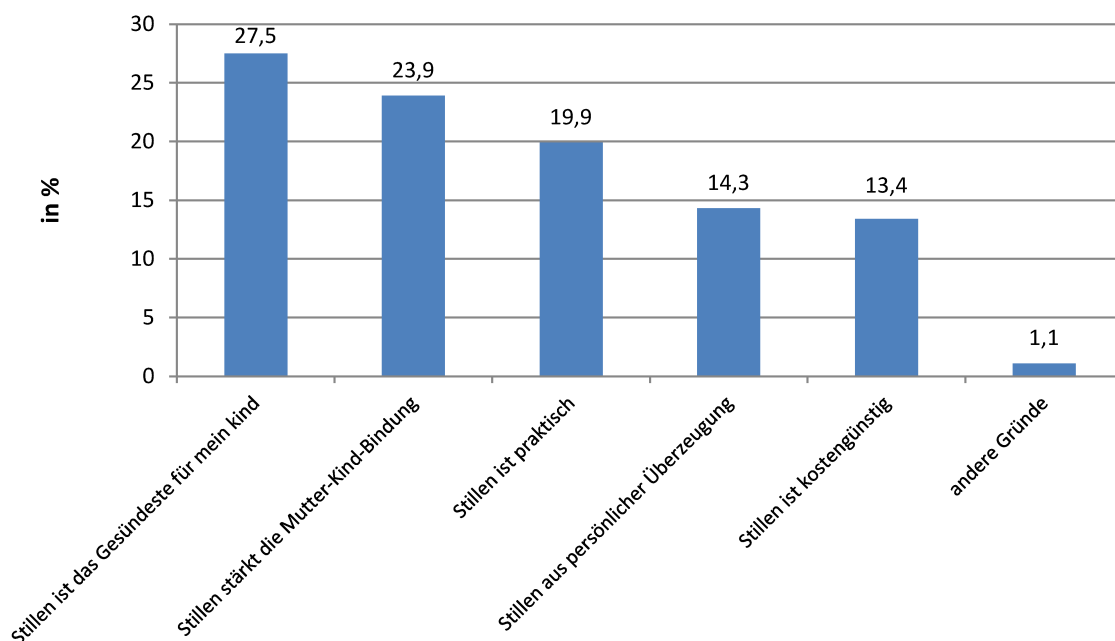
## Gründe für und gegen das Stillen

Die am häufigsten genannten Gründe für das Stillen waren, dass Stillen das Gesundeste für das Kind ist und dass Stillen die Mutter-Kind-Beziehung stärkt (Abbildung 8). Auf diese beiden Aussagen entfiel insgesamt gut die Hälfte (51,4 %) aller Nennungen. Des Weiteren wurde häufig angegeben, dass Stillen praktisch und kostengünstig ist. Zusammen machten diese beiden Motive ein Drittel (33,3 %) aller Nennungen aus. Nicht zuletzt wurde auch aus persönlicher Überzeugung gestillt (14,3 % der Nennungen).

Der mit Abstand wichtigste Grund, weswegen nicht oder nur kurz gestillt wurde, war Milchstau beziehungsweise eine zu geringe Milchproduktion (32,7 % der Nennungen, siehe Abbildung 9). Weitere Gründe waren die Entzündung der Brust oder der Brustwarze (14,9 % der Nennungen) sowie Saugschwierigkeiten des Kindes (14,5 % der Nennungen). Mit deutlich geringerer Häufigkeit wurden der Gewichtsverlust des Kindes (7,6 % der Nennungen) sowie die Frühgeburt des Kindes oder gesundheitliche Probleme des Kindes genannt (5,1 % der Nennungen). Ein großer Teil der Nennungen (25,2 %) bezog sich auf andere, nicht weiter spezifizierte Gründe.

Die Rückkehr in die Erwerbstätigkeit oder in die Ausbildung führte in der Mehrzahl der Fälle nicht zum Abstillen. Von den 195 Studienteilnehmerinnen, die zum Zeitpunkt der Befragung erwerbstätig oder in Ausbildung waren, stillten 130 (66,7 %) auch nach dem Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit oder in die Ausbildung weiter.

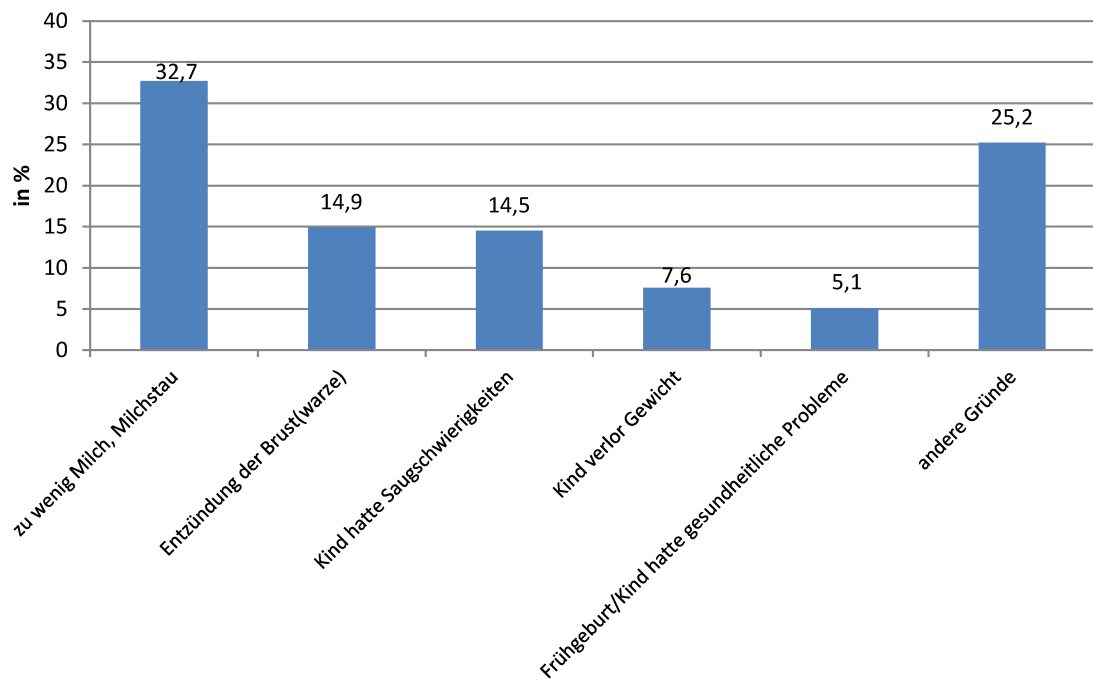
**Abbildung 8: Gründe für das Stillen (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich)**



Daten: Gesundheitsamt Bremen



Abbildung 9: Gründe gegen das Stillen (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich)



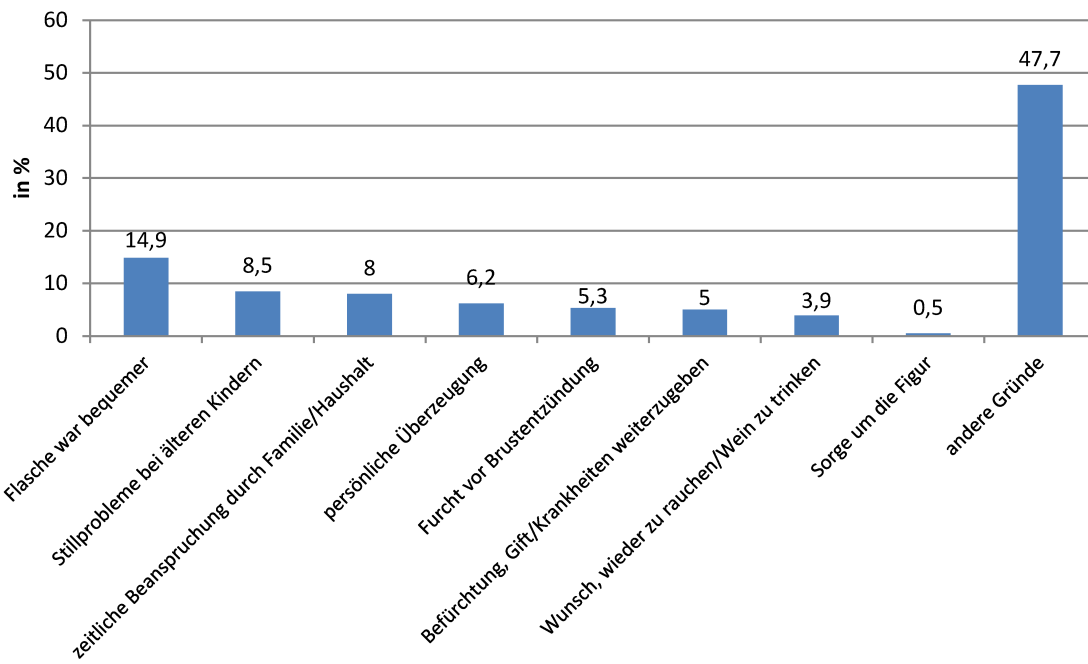
Daten: Gesundheitsamt Bremen



## Zufütterung von Säuglingsnahrung

Danach gefragt, weshalb von Anfang an oder sehr frühzeitig Säuglingsnahrung zugefüttert wurde, gaben die Studienteilnehmerinnen häufig an, dass Flaschenfütterung bequemer war (14,9 % der Nennungen). Weitere wichtige Motive waren aufgetretene Stillprobleme bei den älteren Kindern (8,5 % der Nennungen) sowie zeitliche Beanspruchung durch Familie und Haushalt (8 % der Nennungen). Daneben gab es offenbar noch eine Vielzahl weiterer, nicht näher erfassender Gründe für die frühzeitige Zufütterung (47,7 % der Nennungen).

Abbildung 10: Gründe für die frühzeitige Zufütterung (Angaben in %, Mehrfachantworten möglich)



Daten: Gesundheitsamt Bremen



## Stillverhalten in Abhängigkeit von sozio-demografischen Merkmalen

Wie bereits weiter oben dargestellt, hängen Stillquote und Stilldauer mit sozio-demografischen Merkmalen wie Bildung, Alter oder Herkunft zusammen. Diese statistischen Beziehungen finden sich auch in den Befragungsdaten.

Statistisch signifikante Zusammenhänge ergeben sich mit dem Alter, mit der Herkunft, mit der Zahl der Kinder, mit der familiären Konstellation und dem Schulabschluss (Tabelle 5). Die Stillquote steigt mit dem Alter der Befragten an, das Gleiche gilt für die Stilldauer. In der jüngsten Altersgruppe war der Anteil der Mütter, die ihr Kind nicht gestillt hatten, fast viermal so hoch wie in der ältesten Altersgruppe (20,2 % versus 5,4 %). Mit fast 70 % lag in der ältesten Altersgruppe der Anteil der Mütter, die 6 Monate und länger stillten, zweieinhalbmal höher als in der jüngsten Altersgruppe (27,3 %).

Migrantinnen stillten häufiger als Nicht-Migrantinnen. Unter den Migrantinnen war die Quote derer, die nicht gestillt hatten, nur halb so hoch wie unter den Nicht-Migrantinnen (6,1 % versus 12,6 %).

Mit der Zahl der Kinder sinkt die Stillquote. 16,7 % der Befragten mit drei oder mehr Kindern hatten nicht gestillt. Bei den Befragten mit einem Kind betrug dieser Anteil 7,6 %.

Ein Viertel (25,8 %) der alleinerziehenden Studienteilnehmerinnen hatten ihr Kind nicht gestillt. Unter den Studienteilnehmerinnen, die in einer Lebensgemeinschaft lebten oder verheiratet waren, lag dieser Anteil wesentlich niedriger bei 11,0 % beziehungsweise bei 8,6 %. Des Weiteren ist die Stilldauer bei den Alleinerziehenden kürzer. Es liegt nahe zu vermuten, dass Alleinerziehende unter größerem Druck stehen, erwerbstätig zu sein und daher weniger Zeit haben ihr Kind zu stillen. Dagegen spricht, dass die befragten Alleinerziehenden annähernd genauso häufig erwerbstätig beziehungsweise nicht erwerbstätig waren wie die in Partnerschaften lebenden oder verheirateten Mütter.

Der engste Zusammenhang ergibt sich jedoch zwischen Stillverhalten und dem Schulabschluss der Studienteilnehmerinnen (Spearman's Rho = .39). 19,4 % der Befragten mit Hauptschulabschluss hatten ihr Kind nicht gestillt, bei den Befragten mit Abitur oder Fachhochschulreife betrug dieser Anteil lediglich 3,5 %. Drei Viertel (75,1 %) der Mütter mit Abitur oder Fachhochschulreife stillten ihr Kind mindestens sechs Monate, unter den Müttern mit Hauptschulabschluss waren es dagegen nicht einmal ein Drittel (29,6 %).



**Tabelle 5: Stillquote und Stilldauer in Abhängigkeit von sozio-demografischen Merkmalen  
(Angaben in %, Fallzahlen in Klammern)**

Kategorie	Stilldauer				Signifikanz, Korrelations- koeffizient
	nicht gestillt	unter 3 Monate	3 bis unter 6 Monate	6 Monate und länger/ stille noch	
<b>Alter</b>					<b>p &lt; .001, Rho= .22</b>
unter 25 Jahre	20,2 (20)	30,3 (30)	22,2 (22)	27,3 (27)	
25 - 29 Jahre	10,8 (23)	16,5 (35)	18,4 (39)	54,2 (115)	
30 - 34 Jahre	8,3 (22)	12,1 (32)	17,4 (46)	62,3 (165)	
35 - 39 Jahre	9,6 (20)	10,5 (22)	12,9 (27)	67,0 (140)	
40 Jahre und älter	5,4 (3)	7,1 (4)	17,9 (10)	69,6 (39)	
<b>Herkunft</b>					<b>P &lt; .05, Cramers V= .11</b>
Migrantin	6,1 (20)	14,8 (49)	19,1 (63)	60,0 (198)	
Keine Migrantin	12,6 (63)	14,6 (73)	16,2 (81)	56,6 (283)	
<b>Kinderzahl</b>					<b>p &lt; .001, Rho= -.02</b>
1 Kind	7,6 (34)	18,2 (82)	16,7 (75)	57,6 (259)	
2 Kinder	12,5 (33)	10,2 (27)	16,2 (43)	61,1 (162)	
3 Kinder und mehr	16,7 (21)	9,5 (12)	21,4 (27)	52,4 (66)	
<b>Familiäre Konstellation</b>					<b>p &lt; .001, Cra- mers V= .14</b>
Alleinerziehend	25,8 (17)	25,8 (17)	12,2 (8)	36,4 (24)	
Lebensgemeinschaft	11,0 (19)	15,7 (27)	16,9 (29)	56,4 (97)	
Ehe	8,6 (52)	13,1 (79)	18,1 (109)	60,1 (362)	
<b>Schulabschluss</b>					<b>p &lt; .001, Rho= .39</b>
kein Abschluss	25,0 (7)	31,1 (9)	7,1 (2)	35,7 (10)	
Hauptschule	19,4 (21)	23,1 (25)	27,8 (30)	29,6 (32)	
Realschule/ Polytechnikum	16,3 (44)	21,1 (57)	20,0 (54)	42,6 (115)	
Abitur/ Fachhochschulreife	3,5 (15)	7,7 (33)	13,7 (59)	75,1 (323)	

Daten: Gesundheitsamt Bremen





Ob der Schulabschluss der Mutter tatsächlich der entscheidende Faktor ist in Bezug auf das Stillverhalten, lässt sich mit einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen (bivariate Analyse) nicht klären. Der Schulabschluss der Studienteilnehmerinnen steht auch in Beziehung zu Merkmalen, die wiederum mit dem Stillverhalten zusammenhängen.

Befragte mit höherer Schulbildung waren durchschnittlich älter als Befragte mit niedrigeren Bildungsabschlüssen und hatten im Durchschnitt weniger Kinder, Nicht-Migrantinnen hatten häufiger höhere Schulabschlüsse, Alleinerziehende waren jünger und hatten häufiger niedrigere Schulabschlüsse. Es könnte also sein, dass Stillverhalten weniger mit Schulbildung, sondern letztendlich mit dem Alter der Mütter zusammenhängt. Genauso gut wäre es denkbar, dass die verschiedenen Merkmale unabhängig voneinander das Stillverhalten beeinflussen.

Eine Möglichkeit, Zusammenhangsstrukturen zwischen verschiedenen Merkmalen zu analysieren, ist die multiple lineare Regression. Im vorliegenden Fall wurde mithilfe dieses statistischen Verfahrens untersucht, wie sich die Schulbildung, das Alter, die Zahl der Kinder und die Herkunft getrennt voneinander auf die Stilldauer auswirken. Abbildung 11 stellt das Ergebnis der multiplen Regression dar. Die standardisierten Regressionskoeffizienten für die so genannten unabhängigen Variablen Schulbildung, Alter, Zahl der Kinder und Herkunft sind als Maß für den direkten kausalen Einfluss auf die abhängige Variable Stilldauer zu interpretieren.<sup>24</sup>

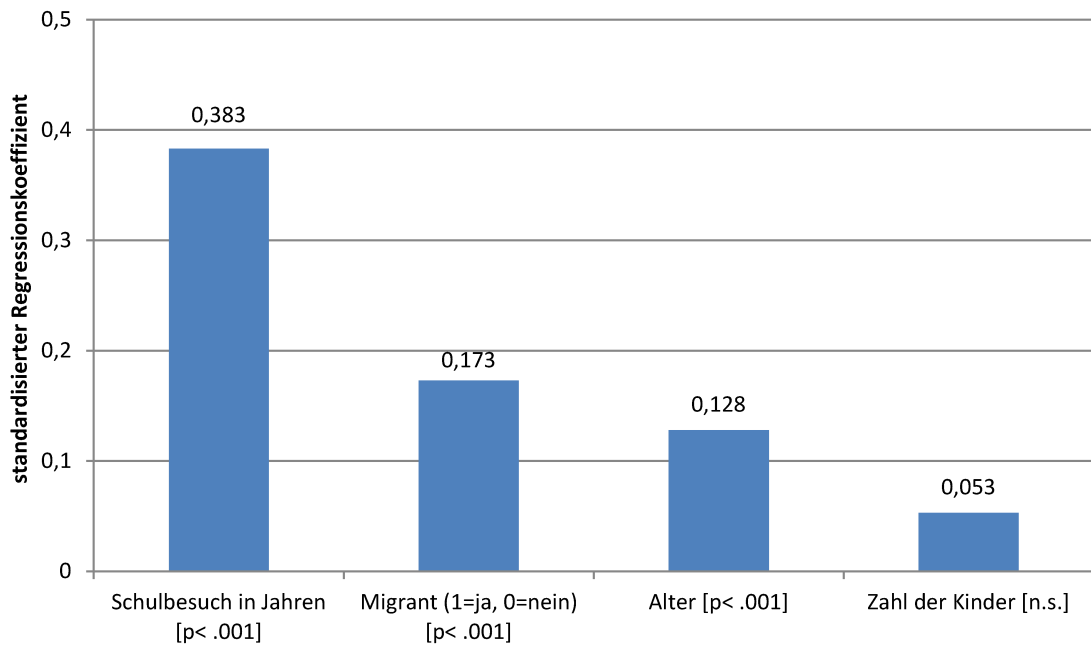
Es zeigt sich eindeutig, dass es in erster Linie die Schulbildung ist, die die Stilldauer beeinflusst. Zwar sind Herkunft und Alter ebenfalls relevante Faktoren, jedoch sind die bereinigten Effekte beider Merkmale erheblich schwächer. Die Zahl der Kinder ist statistisch nicht signifikant.

---

<sup>24</sup> Eine multiple lineare Regression setzt metrische Variablen voraus. Die in Monaten angegebene Stilldauer als abhängige Variable erfüllt diese Bedingung. Mütter, die zum Zeitpunkt der Befragung noch stillten, erhielten als Wert für die Stilldauer 11,5 Monate. Die Dauer der Schulbildung wurde wie folgt dargestellt: 9 Jahre (kein Abschluss und Hauptschule), 10 Jahre (Realschule/Polytechnikum), 13 Jahre (Abitur/Fachhochschulreife). Die Herkunft wurde mit 1 (Migrantin) und 0 (Nicht-Migrantin) kodiert. 0/1-kodierte Variablen haben die mathematischen Eigenschaften einer metrischen Variablen und können daher in das Regressionsmodell aufgenommen werden. Des Weiteren dürfen die unabhängigen Variablen nicht zu stark miteinander korrelieren (Kollinearität), da sonst die Regressionskoeffizienten nicht interpretierbar sind. Die zusätzlich berechnete Kollinearitätsstatistik ergab nur geringe Hinweise auf gegenseitige Abhängigkeiten.



Abbildung 11: Einfluss sozio-demografischer Merkmale auf die Stilldauer  
(Multiple lineare Regression. Abhängige Variable: Stilldauer in Monaten.  $R^2 = .18$ )



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Generell lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Schulabschluss und dem Verhalten während der Schwangerschaft und nach der Geburt feststellen. Beim Thema Stillen wurden die Befragten mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss durch ihr soziales Umfeld (Familie, Bekannte, Nachbarn) wesentlich stärker beeinflusst oder beraten als die Befragten mit Abitur (Tabelle 6). Auch ärztlicher Rat (Frauenarzt, Kinderarzt) spielte bei den Befragten mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss eine vergleichsweise starke Rolle. Kurse zur Geburtsvorbereitung und Ratgeberliteratur waren bei den Befragten mit Abitur vergleichsweise wichtige Informationsquellen.

Während die Studienteilnehmerinnen mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss Empfehlungen zum Stillen vornehmlich von vertrauten Personen (Familie, Bekant, Nachbarn, Hebamme) erhielten, bezogen Studienteilnehmerinnen mit Abitur aus mehreren Quellen Informationen.



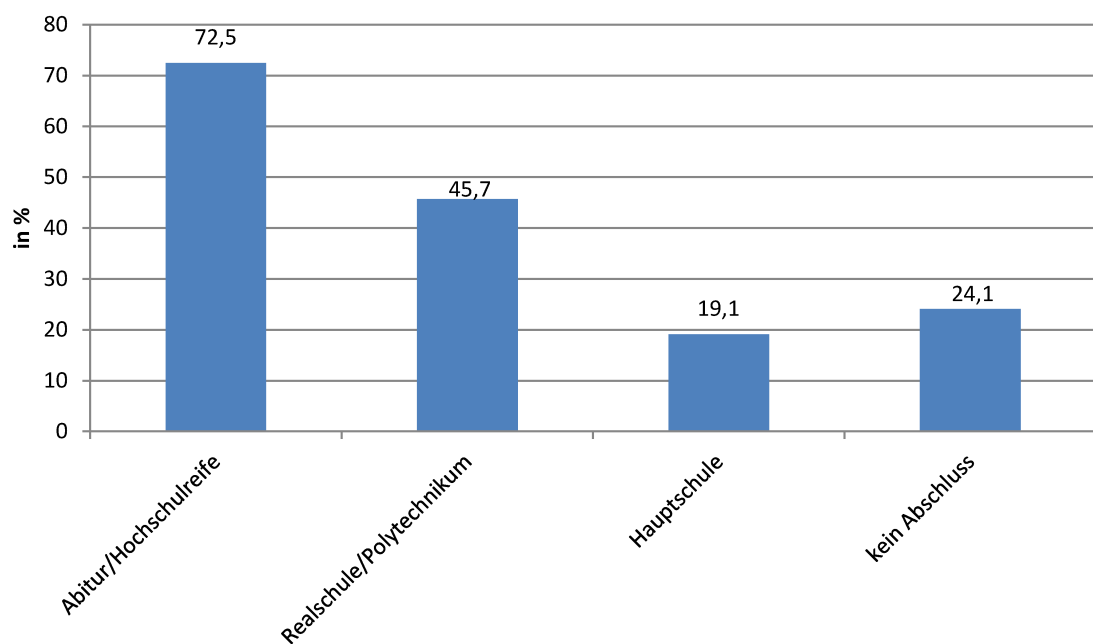
**Tabelle 6: "Wer oder was hat Sie zum Thema Stillen beraten oder beeinflusst?"**  
(Angaben in %, bezogen auf die Zahl der Nennungen. Mehrfachantworten möglich)

Beratungsinstanz	Schulabschluss			
	kein Abschluss	Hauptschule	Realschule/ Polytechnikum	Abitur/ Fachhochschulreife
Familie, Bekannte, Nachbarn	34,9	35,8	27,3	22,3
Hebamme	30,2	33,8	36,1	34,0
Frauenarzt	18,6	9,3	8,0	5,9
Kinderarzt	9,3	6,0	2,7	3,2
Geburtsvorbereitungskurs	7,0	6,0	13,3	16,7
Stillgruppe	0,0	0,0	1,4	1,7
Ratgeberliteratur	0,0	7,3	9,2	15,2
Fernseh-, Radiosendungen	0,0	2,0	2,0	1,0
<b>Anzahl der Nennungen</b>	<b>43</b>	<b>151</b>	<b>512</b>	<b>1.029</b>

Daten: Gesundheitsamt Bremen

Studienteilnehmerinnen mit Abitur besuchten wesentlich häufiger einen Kurs zur Geburtsvorbereitung als Studienteilnehmerinnen mit niedrigeren Abschlüssen (Abbildung 12). 72,5 % der Befragten mit Abitur und 19,1 % der Befragten mit Hauptschulabschluss nahmen an einem solchen Kurs teil.

**Abbildung 12: Teilnahme an einem Kurs zur Geburtsvorbereitung nach Schulabschluss**  
( $p < .001$ , Cramers  $V = .35$ )

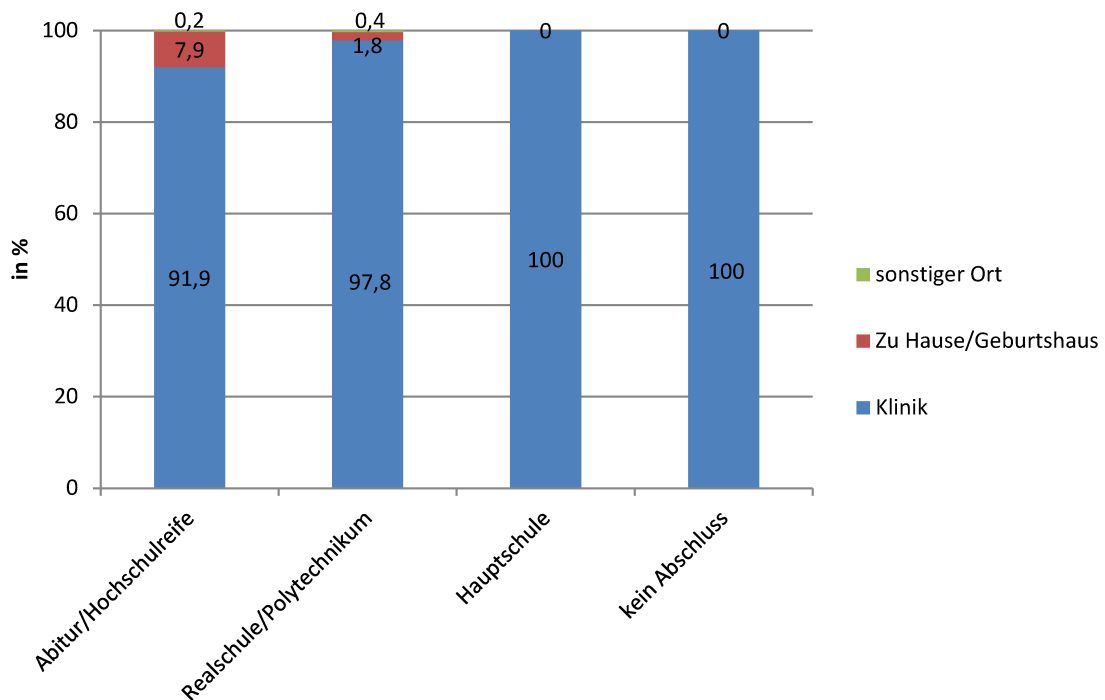


Daten: Gesundheitsamt Bremen



Beinahe alle Studienteilnehmerinnen brachten ihr Kind in einer Klinik zur Welt. Hausgeburten oder Entbindungen in einem Geburtshaus fielen lediglich bei den Befragten mit Abitur quantitativ ins Gewicht (Abbildung 13). Zentrale Motive für eine außerklinische Geburt sind der Wunsch nach Selbstbestimmung sowie der Wunsch, in vertrauter Umgebung und in Gegenwart vertrauter Personen zu entbinden.<sup>25</sup>

**Abbildung 13: Ort der Entbindung nach Schulabschluss**  
( $p < .001$ , Cramers  $V=.23$ )



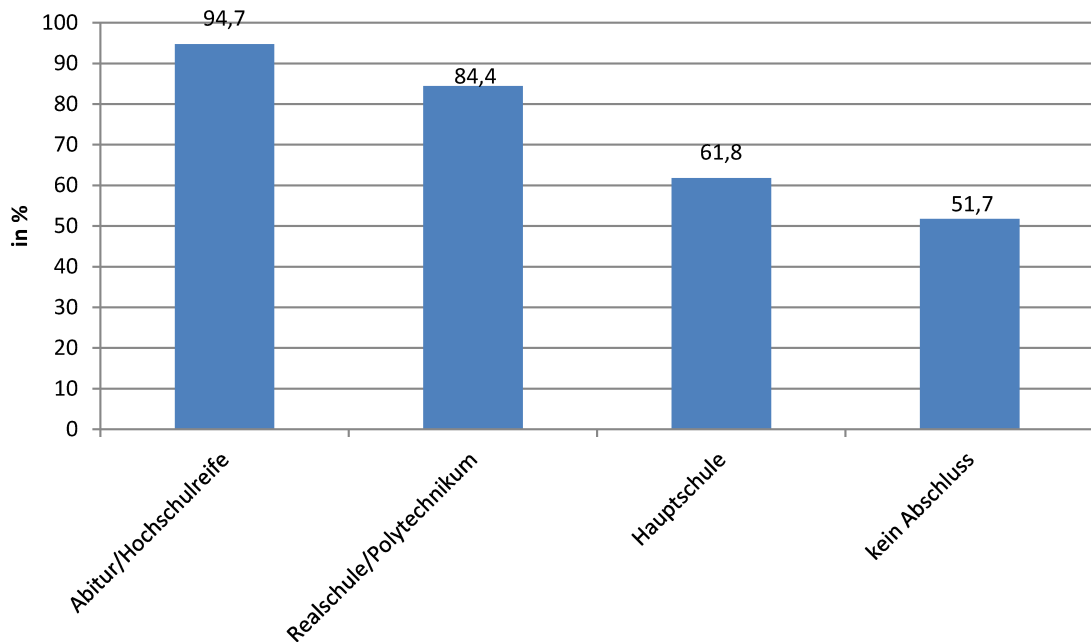
Daten: Gesundheitsamt Bremen

Nach der Geburt wurden fast alle Befragte mit Abitur (94,7 %) von einer Hebamme häuslich betreut. Bei den Befragten mit Hauptschulabschluss oder ohne Schulabschluss war die Betreuungsquote mit 61,8 % beziehungsweise 51,7 % wesentlich niedriger (Abbildung 14).

<sup>25</sup> Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2016), Seite 23.



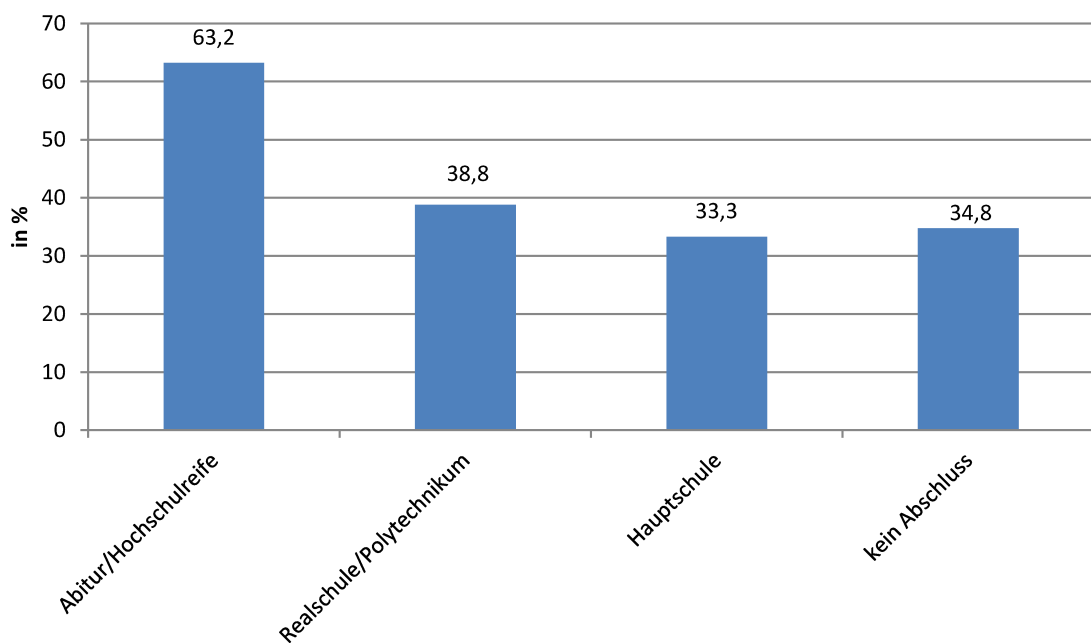
**Abbildung 14: Häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme**  
( $p < .001$ , Cramers  $V = .31$ )



Daten: Gesundheitsamt Bremen

Vor allem Studienteilnehmerinnen mit Abitur betrachteten Stillen offenbar als Selbstverständlichkeit und verhielten sich dementsprechend beim Stillen legerer. Fast zwei Drittel der Befragten mit Abitur (63,2 %), aber nur ein Drittel der Befragten mit Hauptschulabschluss (33,3 %) hatten in der Öffentlichkeit gestillt.

**Abbildung 15: Kind in der Öffentlichkeit gestillt** ( $p < .001$ , Cramers  $V = .20$ )



Daten: Gesundheitsamt Bremen



---

Es lässt sich somit festhalten, dass Studienteilnehmerinnen mit Abitur sich breiter informierten, Angebote wie Kurse zur Geburtsvorbereitung und häusliche Hebammenbetreuung wesentlich stärker nutzten sowie signifikant häufiger und länger stillten. Fast 8 % entschieden sich für eine Hausgeburt oder eine Entbindung in einem Geburtshaus. Bundesweit liegt der Anteil außerklinisch geborener Kinder seit vielen Jahren stets unter 2 %.<sup>26</sup> Insgesamt erinnert dieses Ergebnis an die hinreichend belegte Erkenntnis aus der Präventionsforschung, wonach Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention vornehmlich Frauen mit mittlerem und höherem Sozialstatus erreichen. Diese Frauen nutzen bestehende Angebote im besonderen Maße und zeigen dabei auch Interesse für alternative Versorgungsformen.

---

<sup>26</sup> Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (2016), Seite 9.



## Schlussfolgerungen

Als natürliche Form der Säuglingsernährung besitzt Stillen fraglos einen hohen Stellenwert in der gesellschaftlichen Wahrnehmung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Die vorliegende Arbeit zeigt aber auch einmal mehr, dass es einen engen statistischen Zusammenhang gibt zwischen gesundheitsförderlichem Verhalten und sozialstrukturellen Merkmalen. Je höher der Bildungsgrad, desto höher die Stillbeginnrate und desto länger die Stilldauer. Die Gründe hierfür sind unklar, ein Mangel an Informationen dürfte jedoch ausscheiden. Alle gängigen Medien bieten eine Vielzahl an Informationen zum Thema "Stillen". Allerdings kann diese Informationsflut in der emotional sensiblen Phase während der Schwangerschaft und nach der Geburt verwirren und als widersprüchlich wahrgenommen werden. Um dem entgegenzuwirken, stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einheitliche und hohen fachlichen Standards genügende Materialien zur Verfügung. Auch ökonomische Argumente sind nicht stichhaltig, Muttermilch ist schließlich kostenlos. Theoretisch eine Rolle spielen könnten Vorbehalte gegen das Stillen aufgrund einer vermuteten hohen Schadstoffbelastung der Muttermilch. Solche Bedenken wären aber eher zu erwarten bei Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen, die häufig sensibilisiert sind für ökologische Themen.

In Bremen organisiert die Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz den Runden Tisch zur Stillförderung, an dem sich unter anderem Vertreterinnen und Vertreter aller Geburtskliniken, der Hebammenlandesverband, der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte sowie die Sozialpädiatrische Abteilung des Gesundheitsamtes beteiligen. Der Runde Tisch etablierte die Bremer Stillempfehlungen und plant eine landesweite Erhebung zur Ermittlung der Stillbeginnrate.

Darüber hinaus notwendig ist eine verlässliche Grundausstattung geburtshilflicher Einrichtungen mit geschultem Personal, um den Stillbeginn anleiten zu können; sinnvollerweise gemäß den Richtlinien für die "Babyfreundliche Geburtsklinik", deren Zertifizierung auf Initiative der WHO/Unicef eingeführt wurde. Da die routinemäßige Erhebung der Stillbeginnrate und der Stilldauer Bestandteil dieser Richtlinie sind, ließen sich die anhand unserer Ergebnisse vermuteten Zusammenhänge durch breitere Erfahrungen belegen. Auf diese Weise könnten erforderliche präventive und familienbegleitende Handlungsfelder erschlossen werden. Zugleich stellt diese Maßnahme eine gesundheitsökonomische Weiche hin zu mehr Familiengesundheit. Somit wären Erkrankungen von Mutter und Kind, die somatisch und emotional auf eine nicht gelingende Stillbeziehung oder auf das Nicht-Stillen zurückgeführt werden können, einfach und wirkungsvoll zu vermeiden. Die besonderen Bedürfnisse junger Mütter und Mehrgebärender könnten hierbei ebenfalls Berücksichtigung finden.

Es ist bemerkenswert, dass in Erhebungen rund um Geburt und Säuglingsentwicklung lediglich pathologische Befunde Berücksichtigung finden. Weder die Erhebungsstatistiken zu Neugeborenen, noch die neue Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses berücksichtigen die Frage nach dem Stillbeginn und der Stilldauer. Der gesundheitsökonomische Nutzen des Stillens wird somit nicht klar sichtbar und das Potenzial wird wahrscheinlich unterschätzt.



Weil mit dem Bildungsgrad die Stillbeginnrate und die Stilldauer wachsen, sind auch bildungsspezifische Maßnahmen angezeigt. In diesem Zusammenhang sei das Projekt "Roots of Empathy" erwähnt. Dieses Projekt zielt auf Empathiesteigerung ab. Das Thema Stillen wird zwar nicht explizit thematisiert, dafür werden Voraussetzungen beziehungsweise Grundhaltungen für das Leben mit einem Baby/Kind praxisnah vermittelt. Dieses Modell wird seit einigen Jahren bereits in einigen Schulen mit Erfolg eingesetzt.

## Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2013). Mehrkindfamilien in Deutschland.
- Der G, Batty GD, Deary IJ (2006). Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *British Medical Journal*
- Diekmann A (2002). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. (Rohwohl)* Hamburg
- Funk J (1911). Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen. *Mitteilungen des Bremischen Statistischen Amtes im Jahre 1911, No. 1*
- Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (2016) (Hrsg.). *Qualitätsbericht 2015. Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland.* Auerbach/V.
- Heininger L (2013). *Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990. Eine Oral-History Studie.* Dissertation, Universität Düsseldorf
- Johansen EM (1978). *Betrogene Kinder. Eine Sozialgeschichte der Kindheit.* (Fischer) Frankfurt
- Kersting M, Dulon M (2002). Fakten zum Stillen in Deutschland. *Ergebnisse der SuSe-Studie. Monatsschrift Kinderheilkunde* 150, 1196–1201
- Koletzko B, Bauer C-P, Cierpka M et al. (2016). Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Aktualisierte Handlungsempfehlungen von "Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie", eine Initiative von IN FORM. *Monatsschrift Kinderheilkunde*
- Kramer MS, Aboud F, Mironova E et al. (2008). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) Study Group. Breastfeeding and Child Cognitive Development. *New Evidence From a Large Randomized Trial. Archives of General Psychiatry* 65 (5), 578-584
- Lange C, Schenk L, Bergmann B (2007). Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. *Ergebnisse der Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt* 50 (5/6), 624-633
- Mortensen EL, Fleischer-Michaelsen K, Sanders SA et al. (2002). The Association Between Duration of Breastfeeding and Adult Intelligence. *JAMA*, 287(18), 2365-2371
- Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2004). *Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission*
- Porst R (2001). *Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. ZUMA How-to-Reihe, Nr.09. Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (Hrsg.) Mannheim*





- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Stillverhalten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Berlin
- Vögele J (2009). Wenn das Leben mit dem Tod beginnt: Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. *Historical Social Research* 34 (4), 66-82.
- Von der Lippe E, Brettschneider A-K, Gutsche J et al. (2014). Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. *Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. *Bundesgesundheitsblatt* 57(7), 849-859
- Walfisch A, Sermer C, Cressman A et al. (2013). Breast milk and cognitive development – the role of confounder: a systematic review. *British Medical Journal Open*, 3
- Zimmermann E (2011). Was fördert, was behindert das Stillen? Erste Ergebnisse der Bremer Stillstudie. Vortrag auf dem 2. Bremer Fachtag zur Förderung des Stillens. 15. Oktober 2011

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stillquote in Abhängigkeit vom sozialen Status der Mutter	7
Abbildung 2: Zahl der angegebenen Kinder	10
Abbildung 3: Berufstätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung	11
Abbildung 4: Stilldauer	12
Abbildung 5: Dauer des ausschließlichen Stillens	12
Abbildung 6: Wer hat zum Thema "Stillen" beraten?	13
Abbildung 7: Reaktion des Umfeldes auf das Stillen	14
Abbildung 8: Gründe für das Stillen	16
Abbildung 9: Gründe gegen das Stillen	17
Abbildung 10: Gründe für die frühzeitige Zufütterung	18
Abbildung 11: Einfluss sozio-demografischer Merkmale auf die Stilldauer	22
Abbildung 12: Teilnahme an einem Kurs zur Geburtsvorbereitung nach Schulabschluss	23
Abbildung 13: Ort der Entbindung nach Schulabschluss	24
Abbildung 14: Häusliche Betreuung nach der Geburt durch eine Hebamme	25
Abbildung 15: Kind in der Öffentlichkeit gestillt	25

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersstruktur der befragten Mütter	9
Tabelle 2: Schulabschlüsse der befragten Mütter	9
Tabelle 3: Familiäre Konstellation der Studienteilnehmerinnen und Familien	10
Tabelle 4: Stillfreundliche und stillhinderliche Faktoren	15
Tabelle 5: Stillquote und Stilldauer in Abhängigkeit von sozio-demografischen Merkmalen	20
Tabelle 6: "Wer oder was hat Sie zum Thema Stillen beraten oder beeinflusst?"	23