



MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Meinungen und Vorstellungen von Stillen und
Stillempfehlungen bei Betroffenen - ein qualitativer
Forschungsansatz“

Verfasserin

Helga Quirgst, Bakk.rer.nat.

angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, im Dezember 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Ernährungswissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Prof. Dr. Thomas Ernst Dorner, MPH

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all jenen bedanken, welche mich bei meinem Studium sowie der Anfertigung meiner Diplomarbeit unterstützt haben.

Ein großes Dankeschön gilt hierbei meinen Betreuern Frau Dr. Katharina Viktoria Stein und Herrn Prof. Dr. Thomas Ernst Dorner, MPH, welche mich während dem Verfassen meiner Diplomarbeit betreut und umfangreich unterstützt haben.

Auch meinem Freund Niko möchte ich für seine unverzichtbare moralische Unterstützung und seine mir entgegengebrachte Geduld danken, denn ohne diese hätte ich das Studium nicht durchgehalten.

Danken möchte ich auch meinen Freunden, welche mir eine lustige und unvergessliche Studienzeit beschert haben. Besonders möchte ich meinen fleißigen Korrekturlesern, welche unermüdlich meine Fehler ausgebessert und mir bei der Formulierung der Diplomarbeit geholfen haben, danken.

Ein besonderes und großes Dankeschön gilt meinen Eltern, welche mir nicht nur durch ihre finanzielle, sondern auch emotionale Unterstützung das Studium ermöglicht haben. Besonderer Dank gilt hierbei meiner Mutter, die immer für mich da ist und versucht mich egal in welchem Belangen zu unterstützen und mir den Rücken zu stärken. Danke, dass ihr immer an mich glaubt!

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
Einleitung und Fragestellung	1
Literaturübersicht	3
Stillen und Stillempfehlungen - Heute	3
Vorteile des Stillens für den Säugling.....	4
Vorteile des Stillens für die Mütter.....	8
Kontraindikationen des Stillens	10
Beikostempfehlungen	11
Die Rolle der Kinderärztin und des Kinderarztes	17
Status Quo der Stillberatung und Stillförderung (in Österreich)	20
Einfluss auf das Stillverhalten	25
„Baby - friendly Hospital Initiative“ (BFHI).....	29
Einfluss der Arbeitsweise einer Klinik auf den Stillerfolg.....	32
Gründe für die Umsetzung der „Baby - friendly Hospital Initiative“	33
Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten	36
Ausbildung zur Laktationsberaterin in Österreich	42
La Leche Liga	42
International Board Certified Lactation Consultant - IBCLC.....	44
Unterschied zwischen La Leche Liga und IBCLC.....	46
Material und Methoden	49
Allgemeine Durchführung.....	49
Rekrutierung der Probanden	52

Durchführung der Interviews.....	55
Auswertung der Interviews.....	56
Erstellung der Kategorien und Codes	62
Ergebnisse	66
Kategorie: Beratung durch Expertinnen und Experten.....	66
Code: Beratung (B)	67
Code: Empfehlung (E)	79
Code: Annahme der Empfehlung (AE)	83
Code: Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung (UE)	86
Code: Entwicklung der Empfehlungen (EE).....	88
Kategorie: Individuelle Einflussfaktoren	95
Code: Einfluss auf das Stillverhalten (EaSV).....	96
Code: Industrie und Stillen (IS).....	104
Code: Druck (D)	110
Code: Einfluss des Fachpersonals (EFP)	112
Code: Einfluss soziodemographischer Faktoren (ESD).....	115
Code: Vorerfahrungen (VE).....	118
Code: Partner (P).....	121
Kategorie: Wissen und Information	123
Code: Vorinformation und Vorwissen (VIVW)	124
Code: Vorstellungen und Einstellungen (VEI)	133
Code: Verunsicherung durch Privatpersonen sowie Expertinnen und Experten (VUP) ...	140
Code: Information durch Expertinnen und Experten (IE)	144
Code: Ausbildung (AU)	148
Code: Arbeitsweise (AW)	151
Kategorie: Zukunft	158
Code: Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung (MBW)	159

Code: „Baby - friendly Hospital Initiative“ (BFHI)	168
Diskussion	173
Kategorie: Beratung durch Expertinnen und Experten.....	173
Kategorie: Individuelle Einflussfaktoren	176
Kategorie: Wissen und Information	180
Kategorie: Zukunft	187
Stärken und Limitierungen der Studie	191
Conclusio	196
Allgemeine Schlussfolgerungen	196
Erkenntnisgewinn der Arbeit	198
Forschungsmöglichkeiten in Zukunft	199
Zusammenfassung	201
Summary	203
Literaturverzeichnis	206
Anhang	215
Interviewleitfäden: Expertinnen und Experten, Stillende und Schwangere.....	215
Interviewleitfaden Expertinnen und Experten	215
Interviewleitfaden: Stillende.....	216
Interviewleitfaden: Schwangere	218
Ethikbescheid	220
Patienteninformation (Experten, Fokusgruppen).....	222
Informationsbriefe	226
Anschreiben an die Primarien.....	226
Brief an Stillgruppenleiterinnen.....	227
Mitgliederinformation: Freiraum.....	228

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring, 2010a.	57
Abbildung 2: Ausschnitt zusammenfassende Inhaltsanalyse am Beispiel des Codes „Beratung“.	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deduktiv entwickelte Codes.....	62
Tabelle 2: Induktiv entwickelte Codes.	63
Tabelle 3: Zusammenfassung der tatsächlich verwendeten deduktiv und induktiv erstellten Codes.....	64
Tabelle 4: Kategorien.	64

Abkürzungsverzeichnis

AAP: American Academy of Pediatrics

BFH: Baby - friendly Hospital

BFHI: Baby - friendly Hospital Initiative

BfR: Bundesinstitut für Risikobewertung

BMG: Bundesministerium für Gesundheit

BMI: Body Mass Index

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DGAKI: Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie

EFSA: European Food Safety Authority

ELACTA: Europäische Laktationsberaterinnen Allianz

ESPGHAN: European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition

IBCLC: International Board Certified Lactation Consultant

IBLCE: International Board of Lactation Consultants Examiners

ILCA: International Lactation Consultants Association

KiGGS: Kinder- und Jugendgesundheitssurveys

LBIHPR: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research

LLL: La Leche Liga

NEC: nekrotisierende Enterokolitis

NOG: Non - Governmental Organization

ONGKG: Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

SID: Sudden Infant Death Syndrome

UNICEF: United Nations Children's Fund

UNO: United Nations Organization

VELB: Verband Europäischer Laktationsberaterinnen

VSLÖ: Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich

WHA: World Health Assembly

WHO: World Health Organisation

Einleitung und Fragestellung

Muttermilch ist die beste, natürlichste und günstigste Nahrung für den Säugling und als ein wichtiges Instrument in der Primärprävention vieler Krankheiten zu verstehen [Zwiauer et al., 2007 und Ip et al., 2007]. Die World Health Organisation (WHO) und andere Organisationen empfehlen derzeit den Säugling die ersten sechs Monate ausschließlich zu stillen, dann unter dem Schutz des Stillens mit einer schrittweisen und langsamen Einführung von Beikost zu beginnen und weiter zu stillen bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes beziehungsweise solange Mutter und Kind es möchten [WHO, 2012b]. Mit der Gabe von Muttermilch gehen sowohl für den Säugling, die Mutter als auch die Gesellschaft zahlreiche gesundheitliche, ernährungsspezifische, immunologische, entwicklungsbezogene, psychologische, soziale, ökonomische und ökologische Vorteile einher [AAP, 1997]. Da von namhaften Fachgesellschaften und Organisationen, wie World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF) und American Academy of Pediatrics (AAP) zahlreiche Argumente für das Stillen ausgesprochen wurden, scheint es für Mütter keinen Grund zu geben nicht zu stillen. Es hat sich daher die Frage entwickelt, welche Meinungen und Vorstellungen es bezüglich dem Stillen und den Stillempfehlungen bei Betroffenen gibt. Als Betroffene wurden sowohl schwangere und stillende Frauen, als auch Expertinnen und Experten verschiedener Fachbereiche, wie der Gynäkologie und Pädiatrie sowie Hebammen, Diätologinnen und Diätologen als auch Kinderkrankenschwestern sowie Laktationsberaterinnen und Laktationsberater definiert. Das Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, wie die von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen von den Frauen wahrgenommen beziehungsweise umgesetzt werden. Des Weiteren war es wichtig herauszufinden welche Empfehlungen von Expertinnen und Experten ausgesprochen werden und ob die Schwangeren und Stillenden von den Empfehlungen erreicht werden. Ziel war es auch zu erfahren, ob es Unterschiede in den ausgesprochenen Empfehlungen zwischen den befragten Berufsgruppen gibt sowie mögliche Ursachen hierfür aufzuklären. Außerdem sollte erläutert werden, welche Gründe dazu führen beziehungsweise führen könnten, dass sich das Verhalten

der Frauen von den von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen unterscheidet und ob es Unterschiede in den Vorstellungen in Bezug auf das Stillen zwischen Schwangeren und Stillenden gibt. Als wissenswert wurde ebenfalls erachtet, ob sich die Meinung zum Stillen ändert, wenn das zweite oder dritte Kind geboren wurde. Das Hauptziel dieser Arbeit war allerdings neben der Ermittlung der Meinungen und Vorstellungen von Betroffenen rund um das Thema Stillen, Maßnahmen zu definieren, welche zukünftig ergriffen werden könnten, um eine effektivere und bessere Wissensübermittlung gewährleisten zu können und Frauen somit besser über das Stillen aufzuklären und zu sensibilisieren.

Die hier durchgeführte Studie wurde häufig mit einer im Jahr 2006 vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Studie in Bezug gesetzt und soll daher kurz beschrieben werden. Die Studie „Säuglingsernährung Heute“ hat sich zum Ziel gesetzt Erkenntnisse über das Ernährungsverhalten junger Mütter im ersten Lebensjahr des Kindes sowie Erkenntnisse über die Rahmenbedingungen in Bezug auf das Stillen in den Geburtskliniken zu erhalten. Das EU Projekt Contract N SPC 2002359 „Promotion of Breastfeeding in Europe“ stellte den Hintergrund für diese Studie dar. Die Studie wurde in zwei Phasen geteilt, wobei sich die erste Phase der Ermittlung der Struktur- und Beratungsqualität in den ersten Tagen nach der Geburt bis zur Entlassung an den Geburtsabteilungen beziehungsweise auf die Säuglingsernährung, widmete. Die zweite Phase umfasste die Mutterbefragung via Telefon [BMG, 2012a].

Die Relevanz und Praktikabilität des Stillens aufzuzeigen, kann zu einer höheren Stillrate führen, welche Krankheitsentstehung vermeidet und das Gesundheitssystem entlastet. Stillförderung ist nicht nur für das einzelne Individuum, sondern für das gesamte Gesundheitssystem von entscheidender Bedeutung. Daher sollten der Schutz und die Förderung des Stillens zu wichtigen Aufgaben in der Gesundheitsförderung zählen.

Literaturübersicht

Stillen und Stillempfehlungen - Heute

Sechs Monate ausschließlich zu Stillen ist sowohl für die Gesundheit der Mutter als auch des Kindes entscheidend, womit durch gelungene Stillförderung dazu beigetragen wird die Gesundheit der beiden sicherzustellen [UNICEF, 2012b].

Die WHO empfiehlt die ersten sechs Lebensmonate des Kindes ausschließlich zu stillen, wobei mit dem Stillen bereits in der ersten Lebensstunde des Säuglings begonnen werden soll. Das Kind ist stets, also Tag und Nacht nach Bedarf anzulegen. Die Muttermilch sollte ab dem sechsten Monat mit anderen Lebensmitteln ergänzt werden und kann bis in das zweite Lebensjahr hinein beziehungsweise solange Mutter und Kind es möchten, fortgesetzt werden [WHO, 2012b].

Aus den Empfehlungen der deutschen Stillkommission geht hervor, den Säugling die ersten vier bis sechs Monate ausschließlich zu stillen. Die Einführung von Beikost sollte nicht vor dem fünften und nicht nach dem siebten Lebensmonat erfolgen [BfR, 2012].

Laut Zwiauer et al. wird empfohlen den Säugling bis zum sechsten Lebensmonat und darüber hinaus ausschließlich zu stillen, wobei mit der Gabe von Beikost im siebten Lebensmonat begonnen werden sollte. Des Weiteren kann das Stillen bis in das zweite Lebensjahr und darüber hinaus fortgeführt werden. Muttermilch ist die natürlichste und beste Nahrung für den Säugling, da sie sich dem Bedarf des Neugeborenen in Menge und Zusammensetzung anpasst, jederzeit verfügbar, hygienisch und richtig temperiert ist [Zwiauer et al., 2007].

Da die Muttermilch eine immun - protektive Wirkung auf den Säugling ausübt, ist es empfehlenswert, während der Einführung von Beikost das Stillen fortzusetzen. Mütter sollten daher motiviert werden bis und über das erste Lebensjahr hinaus zu stillen und dem Säugling eine abwechslungsreiche Kost anzubieten [AAP, 2012].

Muttermilch ist somit jeder anderen Nahrung der Vorzug zu geben, was auch für kranke und zu früh geborene Neugeborene gilt [AAP, 1997].

Zwiauer et al. weist darauf hin, dass voll gestillte und gut gedeihende Säuglinge keiner zusätzlichen Nahrung beziehungsweise Flüssigkeit bedürfen.

Bei entsprechender Beratung ist jede Mutter in der Lage ihr Kind beziehungsweise im Falle einer Mehrlingsgeburt, ihre Kinder zu stillen. Den Säugling so bald als möglich nach der Geburt anzulegen und eine für Mutter und Kind bequeme Stillposition, wodurch dem Säugling das Saugen erleichtert wird zu finden, ist laut Zwiauer et al. zu achten.

In der ersten Zeit sollte, sofern nicht medizinisch induziert, auf Schnuller, Saughütchen sowie auf die Verwendung anderer fester und flüssiger Nahrungsmittel verzichtet werden. Davon ausgenommen sind Säuglinge, welche in den ersten Lebenstagen mehr als 10 % ihres Geburtsgewichts verloren haben. In solchen Fällen muss zu gefüttert werden, um eine adäquate Gewichtszunahme gewährleisten zu können.

Die Mutter sollte auf eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung sowie auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten [Zwiauer et al., 2007].

Die Supplementation von Vitamin D und Eisen könnte bei manchen Säuglingen vor dem Erreichen des sechsten Lebensmonats notwendig sein. Häufig davon betroffene Säuglinge sind jene(,)...

- deren Mutter Vitamin - D - Mangel aufweist,
- mit geringer Sonnenexposition,
- welche eine Eisenmangelanämie aufweisen [AAP, 1997].

Vorteile des Stillens für den Säugling

Die Gabe von Muttermilch bietet dem Säugling und der Mutter zahlreiche Vorteile, welche sich über gesundheitliche, ernährungsspezifische, immunologische, entwicklungsbezogene, psychologische, soziale, ökonomische und ökologische Aspekte erstrecken. Die Muttermilch jeder einzelnen Frau ist eine für ihren Säugling speziell angefertigte Nahrung, welche durch keine künstliche Nahrung ersetzt werden kann [AAP, 1997].

Die WHO bringt dies in dem Artikel „10 facts on breastfeeding“ auf den Punkt: *„Breast milk is the ideal food for newborns and infants. It gives infants all the nutrients they need for healthy development. It is safe and contains antibodies that help protect infants from common childhood illnesses - such as diarrhoea and pneumonia, the two primary causes of child mortality worldwide. Breast milk is readily available and affordable, which helps to ensure that infants get adequate sustenance.“* [WHO, 2012b].

Studien aus den USA, Kanada oder Europa zeigen, dass es Grund zur Annahme gibt, dass die Gabe von Muttermilch die Inzidenz beziehungsweise den Schweregrad diverser Erkrankungen, wie

- Diarrhoe,
- Lungenentzündung,
- Otitis media,
- Bacteriämie,
- bakterielle Meningitis,
- Botulismus,
- Infektionen des Urogenitaltraktes und
- nekrotisierende Enterocolitis,

positiv beeinflussen. Des Weiteren wird das Stillen mit einem positiven Einfluss auf die geistige Entwicklung assoziiert [AAP, 1997].

In einer von Ip et al. im Jahr 2007 vorgenommenen Metaanalyse konnten zahlreiche der oben angeführten gesundheitlichen Vorteile des Stillens bestätigt werden. So konnten Ip et al. zeigen, dass gestillte Kinder ein reduziertes Risiko für

- eine akute Otitis media,
- unspezifische Magen-Darmerkrankungen,
- schwere Infektionen der unteren Atemwege,
- Neurodermitis,
- Asthma,
- Adipositas,

- Typ-1-und 2-Diabetes,
- Leukämie im Kindesalter und
- nekrotisierender Enterocolitis aufweisen.

Im Gegensatz zu den oben genannten Vorteilen konnte kein Zusammenhang zwischen dem Stillen und der kognitiven Leistungsfähigkeit gefunden werden [Ip et al., 2007]. Auch die American Academy of Pediatrics schreibt im Jahr 2012, dass der Einfluss des Stillens auf die neurologische Entwicklung nicht klar festgestellt werden kann, da auch der Bildungsstand der Eltern, die Intelligenz sowie der sozioökonomische Status auf diesen Einfluss nehmen. Allerdings zeigten adjustierte Ergebnisse in Bezug auf die Intelligenz, dass gestillte Säuglinge signifikant besser abschnitten, als nicht gestillte Kinder. Dies gilt ebenfalls bei zu frühgeborenen Säuglingen, bei welchen in Bezug auf die langzeit-neurologische Entwicklung genauso positive Auswirkungen beobachtet werden konnten. Das Gehirnvolumen war bei gestillten Säuglingen größer und diese haben bei Intelligenztests besser abgeschnitten [AAP, 2012].

Der Zusammenhang zwischen dem Stillen und Herz - Kreislauf - Erkrankungen sowie der Säuglingssterblichkeit war unklar [Ip et al., 2007].

In einem kürzlich veröffentlichten Schreiben der American Academy of Pediatrics wurde erwähnt, dass durch ausschließliches Stillen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten, die Inzidenz einer Otitis media um 50 %, die Entstehung von Diabetes mellitus Typ 1 um 30 % und das Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 um 40 % reduziert wird.

Die Entstehung von Asthma ist bei Kindern mit niedrigem Erkrankungsrisiko, welche drei bis vier Monate ausschließlich gestillt wurden, um 27 % gesenkt, beziehungsweise sogar um 42 %, wenn eine positive Familiengeschichte vorliegt.

Durch das ausschließliche Stillen über einen Zeitraum von vier Monaten wird das Risiko im ersten Lebensjahr an einer Infektion der unteren Atemwege zu erkranken um 72 % gesenkt. Es wird allerdings daraufhin gewiesen, dass Säuglinge, welche nur zwischen vier und sechs Monaten ausschließlich gestillt wurden um ein vierfach erhöhtes Risiko

aufweisen, an Pneumonie zu erkranken, im Vergleich zu Säuglingen, welche über sechs Monate ausschließlich gestillt wurden.

Studien, welche die Auswirkungen der Einführung von Beikost nach dem vierten Lebensmonat untersuchten, haben widersprüchliche Ergebnisse bezüglich dem Risiko für die Entstehung von Allergien, einschließlich Lebensmittelallergien, atopische Dermatitis sowie Asthma ergeben. Ebenso existierten keine überzeugenden Daten, dass eine spätere Belastung mit potentiell allergen wirkenden Lebensmitteln nach dem sechsten Lebensmonat einen protektiven Effekt aufweist [AAP, 2012].

In einem systematischen Review konnte gezeigt werden, dass Säuglinge, welche ausschließlich für sechs Monate gestillt wurden, eine geringere Morbidität für gastrointestinale Infektionen zeigten, als jene welche nur für drei oder vier Monate gestillt wurden [Kramer et al., 2002].

Dieser protektive Effekt hält bis zu zwei Monate nachdem abgestillt wurde, an.

Die Entstehung von Zöliakie ist um 52 % bei jenen Säuglingen reduziert, welche während der Einführung glutenhaltiger Lebensmittel weiter gestillt wurden. Das Risiko in der Kindheit an einer entzündlichen Darmerkrankung zu erkranken, ist bei gestillten Kindern um 31 % gesenkt.

Die Anzahl an übergewichtigen Menschen ist bei gestillten Säuglingen signifikant geringer, im Vergleich zu nicht gestillten Säuglingen. Des Weiteren haben Personen, welche gestillt wurden, ein bis zu 30 % reduziertes Risiko um im Erwachsenenalter adipös zu werden [AAP, 2012].

Eine im Jahr 2007 durchgeführte Follow - up - Studie von Kramer et al. hat gezeigt, dass ausschließliches Stillen keine offensichtliche, positive Auswirkung auf Adipositas, den Body - Mass - Index oder andere anthropometrische Messungen sowie den Blutdruck bei 6,5-jährigen Kindern in Weißrussland hat.

Kramer et al. schreibt, dass Kinder, welche ausschließlich gestillt werden in den ersten drei bis zwölf Lebensmonaten im Vergleich zu Kindern, welche mit dem Fläschchen aufgezogen werden dünner und kleiner sind, aber dies im zweiten Lebensalter

aufholen. Laut Kramer et al. gibt es Studien, welche daraufhin weisen, dass gestillte Säuglinge einen im Durchschnitt niedrigeren systolischen Blutdruck haben, als nicht gestillte Kinder. Ebenso soll Stillen laut Kramer et al. vor einer im späteren Leben auftretenden Atherosklerose schützen [Kramer et al., 2007].

Das Stillen, unabhängig von der Stillart und -dauer wird mit einem reduzierten Risiko (73 %ige Risikoreduktion bei ausschließlich gestillten Säuglingen) für den plötzlichen Kindstod (sudden infant death syndrome- SID) assoziiert.

Es konnte ein positiver Effekt auf das Vorkommen von Sepsis sowie nekrotisierender Enterokolitis (NEC) bei mit Muttermilch ernährten zu früh geborenen Kindern festgestellt werden. Daraus kann geschlossen werden, dass Muttermilch bei unreif geborenen Kindern positiv zur Entwicklung der Immunabwehr beiträgt. Die Inzidenz von NEC ist bei mit Muttermilch ernährten Säuglingen signifikant von 58 auf 83 %, im Vergleich zu jenen, welche mit Kuhmilch ernährt werden, reduziert [AAP, 2012].

Vorteile des Stillens für die Mütter

Das Stillen wird neben zahlreichen Vorteilen für den Säugling auch mit zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen für die stillende Mutter assoziiert. Es ist seit langem bekannt, dass durch den Stillvorgang der Oxytocinspiegel erhöht wird. Dies führt dazu, dass es zu einem geringeren Blutverlust nach der Geburt und zu einer rascheren Gebärmutterrückbildung kommt. Stillen soll außerdem den Blutverlust bei der nach der Geburt eintretenden Menstruation positiv beeinflussen. Ebenso ist das Risiko für Eierstock- und Brustkrebs durch das Stillen reduziert [AAP, 2012]. In einer 2007 durchgeführten Metaanalyse konnte außerdem für stillende Mütter ein reduziertes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 gefunden werden. Frühzeitiges Abstillen beziehungsweise der gänzliche Verzicht des Stillens wurde hingegen mit einem erhöhten Risiko für postpartale Depressionen der Mutter assoziiert. Es konnte Laut Ip et al. kein Zusammenhang zwischen dem Stillen und dem Risiko für Osteoporose gefunden werden [Ip et al., 2007].

Laut der AAP trägt das Stillen zu einer besseren Knochenremineralisation und somit zu einer Risikoreduktion in der postmenopausalen Phase eine Hüftfraktur zu erleiden, bei

[AAP, 2012]. Die WHO führt ferner an, dass das Adipositasrisiko stillender Frauen reduziert ist [WHO, 2012b].

Neben den gesundheitlichen Vorteilen für Mutter und Kind liefert das Stillen auch zahlreiche soziale und ökonomische Vorteile, denn das Stillen senkt die Kosten im Gesundheitssystem, da Kinder seltener krank werden und Eltern daher weniger häufig zu Hause bleiben müssen. Außerdem erspart sich die stillende gegenüber der nicht stillenden Frau sehr viel Geld, da sie keine Fertignahrung für den Säugling kaufen muss [AAP, 1997].

Ein weiterer Vorteil des Stillens ist, dass die Mutter - Kind - Bindung positiv beeinflusst wird [Zwiauer et al., 2007].

In einer im Jahr 2002 durchgeführten Studie wurde herausgefunden, dass ausschließliches Stillen für sechs Monate die Mutter dabei unterstützt ihr Ausgangsgewicht wiederzuerlangen sowie einen späteren Wiedereintritt der Menstruation bewirkt [Kramer et al., 2002]. Erkenntnisse, wie dass frühzeitig abstillende beziehungsweise gänzlich auf das Stillen verzichtende Mütter häufiger an Wochenbettdepressionen leiden als stillende Frauen sowie dass das ausschließliche Stillen mit einer rascheren Rückkehr zum Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft, der Entstehung einer rheumatoiden Arthritis, Hypertonie, Hyperlipidämie, kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes sowie mit einem verminderten Risiko für Brust- und Eierstockkrebs assoziiert ist, konnte die AAP im Jahr 2012 bestätigen [AAP, 2012].

In dem Artikel der WHO „10 facts on breastfeeding“ wird erwähnt, dass Erwachsene, welche gestillt wurden, häufig

- einen niedrigeren Blutdruck und Cholesterinspiegel aufweisen sowie
- seltener übergewichtig und adipös sind und an Diabetes mellitus Typ 2 erkranken, als im Säuglingsalter nicht gestillte Erwachsene.

Es gibt aus Sicht der WHO Evidenz dafür, dass Menschen, welche gestillt wurden besser bei Intelligenztests abschneiden, als nie gestillte Personen [WHO, 2012b].

Kontraindikationen des Stillens

Es gibt nur wenige medizinische Gründe bei welchen das Stillen kontraindiziert ist. Dazu zählt das Auftreten von Galaktosämie beim Säugling, welches die Verwendung laktosefreier Milch erfordert.

Krankheiten der Mutter, welche das Stillen des Säuglings verhindern, sind...

- aktive, unbehandelte Tuberkulose,
- H1N1 - Influenza - Virus,
- Windpocken und
- Herpesinfektionen an der Brust.

Es ist darauf hinzuweisen, dass bei diesen Krankheiten abgepumpte Muttermilch verwendet werden kann.

Mütter, welche einen T-Zell lymphotropen Virus Typ 1 oder 2 (human T-cell lymphotropic Virus) oder eine unbehandelte Brucellose aufweisen, sollten weder direkt stillen noch abgepumpte Muttermilch verfüttern. In industrialisierten Ländern wird HIV - positiven Müttern abgeraten ihre Kinder zu stillen, da dem Risiko, den Säugling ebenfalls mit dem Virus zu infizieren, entgegengewirkt werden soll. In Entwicklungsländern ist dies anders, da die Mortalität nicht-gestillter Säuglinge sehr hoch ist. Die gesundheitlichen Vorteile des Stillens in Kombination mit einer antiretroviralen Therapie überwiegen gegenüber dem Risiko sich über die Muttermilch mit dem HIV - Virus zu infizieren.

Bei Drogenmissbrauch der Mutter muss vor dem Stillen abgeklärt werden, ob die Muttermilch für den Säugling ein Risiko darstellt [AAP, 2012].

Laut Zwiauer et al. sind weitere Gründe das Stillen vorzeitig zu beenden, wenn...

- der Gewichtsverlust trotz eines guten Stillmanagements 10 % des Geburtsgewichts des Neugeborenen überschreitet.
- das Kind das Geburtsgewicht nach drei Wochen noch nicht erreicht hat.
- das gestillte Kind trotz eines guten Stillmanagements dauerhaft nicht mehr als 120 -140 g pro Wochen zunehmen. Die durchschnittliche Gewichtszunahme

liegt bei 180 g pro Woche in den ersten drei Monaten und 80 g pro Woche im vierten Trimenon.

- die Mutter aus medizinischen Gründen ab - oder teilstillen muss [Zwiauer et al., 2007].

Der Wiedereintritt in die Arbeit zwingt viele Frauen dazu mit dem Stillen ganz oder teilweise aufzuhören, da sie keine Zeit oder keinen passenden Platz haben, zu stillen beziehungsweise die Milch abzupumpen und aufzubewahren. Stillfördernde Arbeitsplatzbedingungen, wie bezahlter Mutterschaftsurlaub, Teilzeitarbeit, Kinderkrippen vor Ort und Stillpausen sind Maßnahmen, welche helfen würden, das Stillen zu fördern [WHO, 2012b].

Beikostempfehlungen

Die Einführung von Beikost empfiehlt sich bei stoffwechselgesunden, reif geborenen Kindern mit und ohne genetische Vorbelastungen sowie gestillter als auch nicht gestillter Kinder im Alter von sechs Monaten. Die Implementierung von Beikost sollte jedoch nicht vor dem fünften und nicht nach dem Ende des sechsten Lebensmonats erfolgen, wobei jedes Nahrungsmittel und Getränk, außer Muttermilch als Beikost zu bezeichnen ist [Zwiauer et al., 2007 und Hitthaller et al., 2010]. Die Einführung von Beikost sollte nicht vor dem vierten Lebensmonat erfolgen, da eine mögliche Auslösung einer Allergie vermieden werden sollte. Eine frühere Einführung von Beikost bringt zudem keine höhere Kalorienzufuhr, da ein Gemüsebrei nur in etwa die halbe Energiedichte im Vergleich zu Muttermilch aufweist [Zwiauer et al., 2007]. Es gibt keine Evidenz dafür, weder in Entwicklungs- noch in Industrieländern, die dafür spricht, die Einführung von Beikost vor dem sechsten Lebensmonat zu empfehlen [Kramer et al., 2002].

Die Einführung von Beikost empfiehlt sich deshalb bereits ab dem sechsten Lebensmonat, da der Energie- und Nährstoffbedarf des Säuglings nicht mehr alleine durch Muttermilch beziehungsweise durch Säuglingsanfangsnahrungen gedeckt werden kann [ESPGHAN, 2008]. Aufgrund der Erhöhung des Risikos für Infektionskrankheiten und einer gesteigerten Gewichtszunahme und damit dem Risiko

für die Entstehung von Adipositas sollte die Einführung von Beikost nicht vor dem Beginn des fünften Lebensmonats begonnen werden [EFSA, 2009]. Die Einführung sollte langsam und schrittweise erfolgen, wobei in diesem Zeitraum weitergestillt werden sollte. Anfänglich kann gekochtes, püriertes Gemüse, wie Karotten gegeben werden und anschließend kann alle drei bis vier Tage ein anderes Gemüse eingeführt werden. Es empfiehlt sich bei allergiegefährdeten Kindern die Beikostgabe noch langsamer vorzunehmen. Fleisch sollte drei bis vier Mal pro Woche in den Gemüsebrei gemischt werden, um eine ausreichende Eisenzufuhr zu gewährleisten. Als zweite Beikostmahlzeit erfolgt nach einem weiteren Monat schrittweise die Einführung von Obst. Gliadinhaltige Lebensmittel, wie Mehl und andere Getreideprodukte außer Mais, Reis und Kartoffeln sollten ebenfalls eingeführt werden, um eine mögliche Unverträglichkeit erkennen zu können, wobei als dritte Beikostgabe ein Getreidebrei angeboten werden kann. Selbstzubereitete Milchmischungen aus egal welcher tierischen oder pflanzlichen Milch sollte als Beikostgabe nicht gegeben werden [UNICEF, 2012c].

Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2012 lässt die Vermutung zu, dass der Konsum von Kuhmilch bei gesunden und termingeborenen Säuglingen und Kleinkindern bis zu einem Alter von drei Jahren mit dem Auftreten von Eisenmangelanämie in Verbindung steht. Bei Kindern zwischen sechs und achtzehn Monaten, welche Kuhmilch konsumierten, konnte häufiger eine Eisenmangelanämie beobachtet werden, im Vergleich zu jenen Kindern, welche Folgemilch tranken, wobei die Evidenz der in der Übersichtsarbeit eingeschlossenen Studien mit niedrig zu beurteilen ist. Der Konsum von Kuhmilch zwischen dem sechsten und achtzehnten Lebensmonat hat laut den Ergebnissen einiger Interventionsstudien einen negativen Einfluss auf den Eisenstatus und könnte zu einer Eisenmangelanämie führen. Allerdings ist die Qualität der identifizierten Studien niedrig, wodurch auf keine evidenzbasierte, konkrete Altersgrenze geschlossen werden kann.

Gastrointestinale Blutungen, welche durch den vermehrten Konsum von Kuhmilch bis zum sechsten Lebensmonat ausgelöst werden können, können zur Entstehung von Eisenmangel und Eisenmangelanämie beitragen. Mit dem Konsum von Kuhmilch und

dem Auftreten von Diabetes mellitus Typ 1 und Allergien, wie Asthma und Ekzeme konnte kein Zusammenhang gefunden werden. Lediglich eine inkludierte Studie zeigte einen Zusammenhang zwischen dem Kuhmilchkonsum und dem Auftreten von Ekzemen nach dem sechsten Lebensmonat. Ebenso konnte kein Unterschied im kindlichen Wachstum bis zum zweiten Lebensjahr zwischen dem Konsum von Kuhmilch und eisenangereicherter Folgemilch verzeichnet werden. Durch die systematische Übersichtsarbeit konnte somit keine verlässliche Evidenz geliefert werden, welche den Schluss zulässt, dass der Konsum von Kuhmilch zu negativen Auswirkungen bezüglich Diabetes mellitus Typ 1, gastrointestinalen Beschwerden, Wachstum und Allergien führt. Obwohl Kinder, welche Kuhmilch konsumierten, im Vergleich zu jenen, welche Folgemilchen tranken, ein höheres Risiko für Eisenmangelanämie aufwiesen, ist die klinische Relevanz noch unklar. Es kann durch die systematische Übersichtsarbeit des Weiteren keine Mengenangabe für eine unbedenkliche Zufuhr für Kuhmilch und keine Aussagen über die Verträglichkeit anderer Milchprodukte, wie Käse, Joghurt oder Milchezubereitungen und anderer Tiermilch identifiziert werden. Zusammenfassend kann behauptet werden, dass es keine Evidenz dafür gibt, dass sich der Konsum von Kuhmilch oder anderen tierischen Milchprodukten negativ auf Diabetes mellitus Typ 1, gastrointestinale Blutungen, Wachstum, Entwicklung oder Allergien auswirkt [Griebler et al., 2012].

Die stillende Frau sollte im Vergleich zu der Energieaufnahme vor der Schwangerschaft 500 zusätzliche Kalorien zu sich nehmen. Es ist zu empfehlen, dass der Bedarf an zusätzlichen Kalorien durch eine Auswahl an gesunden Lebensmitteln, mit einer adäquaten Zusammensetzung aus Proteinen, Mineralstoffen und Vitaminen besteht. Die Lebensmittel sollten außerdem reich an Eisen, Calcium, Vitamin A und Folsäure sein. Eine spezielle Auswahl an teuren oder eigens für schwangere oder stillende Frauen konzipierten Lebensmitteln ist nicht notwendig. Es ist lediglich auf eine zusätzliche Auswahl an qualitativ guten Lebensmitteln zu achten. Diese zusätzliche Menge an Kalorien benötigt die Frau während der gesamten (zweijährigen) Stillzeit und nicht nur in den ersten Monaten der Stillperiode. Beispiele, wie der Bedarf an den

zusätzlichen 500 kcal gedeckt werden könnten, sind der Verzehr von 60 g Reis, 30 g Leguminosen, wie Linsen, eine halbe Banane oder 5 ml Öl [UNICEF, 2012c].

Folgendes sollte aus Sicht der WHO während der Einführung von Beikost beachtet werden:

- Das Stillen sollte während der Einführung von Beikost nicht reduziert werden.
- Die Beikost sollte mit einem Löffel, aber nicht in einem Fläschchen verabreicht werden.
- Den Kindern sollte genügend Zeit eingeräumt werden, zu lernen feste Nahrung zu essen. [WHO, 2012b]

Der Prägungsprozess bezüglich der Geschmacksvorlieben von Kindern entwickelt sich bereits im Mutterleib durch das Essverhalten der Mutter, welcher postnatal fortgesetzt wird [Mennella et al., 2001]. Durch die Ansammlung der Geschmacksstoffe der von der Mutter verzehrten Speisen in ihrer Milch ist diese sensorisch vielfältiger, als kommerzielle Flaschennahrung. Dadurch sind gestillte gegenüber nicht gestillten Kindern empfänglicher für neue Lebensmittel [Ellrott, 2007 und Maier et al., 2008].

Die Präferenz für süß schmeckende Lebensmittel ist angeboren, die Akzeptanzschwelle hingegen für die Konzentration der Süße im jeweiligen Gericht kann beeinflusst werden. Den Eltern kommt dabei eine wichtige Rolle zu, wenn auf das zusätzliche salzen und süßen der Beikost verzichtet wird, denn dadurch kann die Akzeptanz für süß und salzig schmeckende Speisen auf einem niedrigen Level gehalten werden [ESPGHAN, 2008]. Eltern und andere Bezugspersonen haben durch ihre Vorbildwirkung die Möglichkeit das Verhalten ihrer Kinder zu beeinflussen [Ellrott, 2007]. Positive Einflussfaktoren sind hierbei wiederholtes anbieten verschiedener Lebensmittel, der gemeinsame Verzehr sowie das Kosten von Speisen und ein gesundes Essverhalten als Vorbildwirkung. Negative Einflussfaktoren sind hingegen Kontrolle, Verbote, der Zwang essen zu müssen und Belohnung [Ellrott, 2007; Maier et al., 2008 und Addessi et al., 2005].

Die Reihenfolge der in der Beikost enthaltenen Lebensmittel ist irrelevant. Diese sollte sich an den individuellen Bedürfnissen des Säuglings und an den

Ernährungsgewohnheiten der Familie orientieren und den Protein- und Energiebedarf sowie den Bedarf an Eisen, Zink, Calcium, Vitamin A und C sowie Folsäure decken [Hitthaller et al., 2010]. Der Zinkgehalt der Muttermilch nimmt kontinuierlich während der Stillzeit ab, wodurch der Bedarf ab dem neunten Lebensmonat Großteils über die Beikost abgedeckt werden muss [Krebs und Hambidge, 2007]. Eisen- und zinkhaltige Lebensmittel, wie Fleisch oder Getreide sollten daher bereits zu Beginn der Beikost eingeführt werden [Hitthaller et al., 2010]

In Bezug auf die Allergieprävention gibt es bei der Einführung von Beikost keine Einschränkung in der Lebensmittelauswahl mehr [DGAKI, 2009].

Demnach kann Fisch und Ei, welche als potent allergen eingestuft wurden in den Beikostplan eingeführt werden. Fischkonsum im ersten Lebensjahr kann sich protektiv auf die Entstehung atopischer Erkrankungen auswirken und ist außerdem eine wichtige Quelle für Omega - 3 - Fettsäuren. Eigelb ist reich an Eisen und Zink, wodurch es im ersten Lebensjahr zu einer alimentären Versorgung von Eisen und Zink beitragen kann. Auch kleine Mengen von Gluten, unter dem Schutz des Stillens kann zu Beginn der Beikost eingeführt werden. Ein Weiterstillen während der Einführung von Gluten ist zu empfehlen, da es die orale Toleranz gegenüber diesem Lebensmittel fördert sowie das Risiko für Zöliakie reduziert [ESPGHAN, 2008].

Für Beikost geeignete Lebensmittel sind...

- nährstoffreiche Lebensmittel, wie Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Getreide, Fleisch und Fisch sowie
- eisenreiche Lebensmittel, wie Fleisch von Rind, Schwein und Kalb, Getreide in Kombination mit Vitamin C - reichen Lebensmitteln und Hülsenfrüchten sowie
- zinkreiche Lebensmittel, wie Fleisch von Rind, Kalb sowie Schwein, Getreide und Hühnerei (Eigelb)

Für die Beikost nicht geeignete Lebensmittel sind...

- Honig (Säuglingsbotulismus),
- Speisen, welche rohe Eier, Fisch oder Fleisch enthalten (Salmonelleninfektion),
- Salz und salzhaltige Lebensmittel (Prävention von Bluthochdruck),

- verarbeitete Fleischwaren, wie Schinken und Speck (hoher Salzgehalt und Nitrat/Nitrit),
- fettreduzierte Lebensmittel (Energiegehalt zu niedrig),
- scharfe Gewürze, wie Chili und Pfeffer,
- Zucker und zuckerhaltige Getränke (Zahngesundheit, Übergewicht),
- Säuren (Gefahr der Demineralisierung des Zahnschmelzes)
- Kaffee, koffeinhaltige Teesorten und Limonaden (Inhaltsstoffe können unter anderem die Eisenabsorption hemmen),
- kleine Lebensmittel, wie Nüsse, Samen, Körner, Beeren in unverarbeiteter Form (wegen der Aspirationsgefahr) und
- Lebensmittel mit der Kennzeichnung „Kann Aktivität und Aufmerksamkeit bei Kindern beeinträchtigen.“

Der Zeitpunkt der Beikost kann von den Eltern und Bezugspersonen unter Berücksichtigung der individuellen Hunger- und Sättigungssignale des Säuglings selbst bestimmt werden. Mit Beginn der Beikostgabe kann zusätzlich Flüssigkeit, vorrangig Wasser angeboten werden. Spätestens ab dem zehnten Lebensmonat, wenn das Kind Familienkost konsumiert, sollte ihm zusätzlich Flüssigkeit in Form von Getränken angeboten werden [Hitthaller et al., 2010]. Um eine adäquate Flüssigkeitszufuhr zu gewährleisten, empfiehlt die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit für Säuglinge im Alter von sechs bis zwölf Monaten eine tägliche Zufuhr von 800 - 1000 ml. Diese Flüssigkeit kann aus Muttermilch, Beikost und Getränken stammen [EFSA, 2010].

Zeitpunkt des Abstillens

Das Abstillen beginnt, sobald das Kind anfängt Substanzen mit Nährstoffcharakter, aber auch Wasser und Tee zu sich zu nehmen. Somit mündet die Phase des ausschließlichen Stillens in den Abstillprozess ein. Sowohl nutritive als auch psychosoziale Aspekte sowie persönliche Interessen von Mutter und Kind gilt es bei der Wahl des richtigen Abstillzeitraums zu berücksichtigen. Der optimale Zeitpunkt ist, wenn sowohl Mutter als auch Kind nicht mehr stillen beziehungsweise saugen wollen [Zwiauer et al., 2007].

Aktuelle Studien besagen, dass die meisten Frauen den Wunsch haben ihr Neugeborenes zu stillen, daher reagierten viele Krankenhäuser in den letzten Jahren auf das Bedürfnis von Müttern nach guter Beratung und Unterstützung, indem Schulungen des Krankenhauspersonals vorgenommen wurden oder räumliche und organisatorische Veränderungen den Anforderungen der stillenden Mutter angepasst wurden [VSLÖ, 2012a]. Bei der 2006 durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“ wurde von den Frauen angegeben nach einer Stillkrise, unter der Voraussetzung, dass bereits drei Monate gestillt wurde, abgestillt zu haben. Als Gründe abzustillen wurden von den Frauen Milchmangel, Erkrankung der Brust, Brustverweigerung von Seiten des Kindes sowie Erreichung der Zielvorstellungen, genannt. Die meisten der befragten Frauen stillten allmählich ab und beinahe 30 % stillten medikamentös ab. Es konnte festgehalten werden, dass je länger die Stilldauer war, desto seltener wurde mittels Medikamente abgestillt [BMG, 2012a].

Die Rolle der Kinderärztin und des Kinderarztes

Kinderärztinnen und Kinderärzten kommt eine wichtige und kritische Rolle in Bezug auf die Stillförderung zu. Trotz des Einflusses, welcher einer Kinderärztin beziehungsweise einem Kinderarzt zugesprochen werden kann, haben Studien gezeigt, dass diese häufig nicht am neuesten Stand der Wissenschaft sind und das Stillen nicht in dem Maße fördern wie es wünschenswert wäre.

Die Wachstums- und Entwicklungsüberwachung der Säuglinge in der Pädiatrie sollte sich, unabhängig davon welcher ethnischen Gruppe ein Kind angehört, an den Wachstumskurven der WHO orientieren, mit welchen das optimale Wachstum der ersten beiden Jahre eines Säuglings reflektiert werden kann. Seit September 2010 empfehlen die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mit Zustimmung der AAP die Verwendung der WHO -Wachstumsperzentilen für alle Kinder, welche jünger als 24 Monate alt sind.

Kinderärztinnen und Kinderärzte sollten als Befürworter des Stillens fungieren, da es zu deren Aufgabe zählt, Aufklärungsarbeit zu leisten. Die AAP empfiehlt, um in die Bildung zukünftiger Ärzte zu investieren, das evidenzbasierte „Breastfeeding Residency

Curriculum“, welches Wissen, Selbstvertrauen und Praxismethoden vermitteln und dadurch die Stillraten erhöhen soll.

Auch niedergelassene Kinderärzte sollten im Zuge ihrer Arbeit das Stillen forcieren. Ein Mutter - Kind - freundlicher Arbeitsplatz bietet für den Arbeitgeber Vorteile, wie eine Reduzierung der Gesundheitskosten und Fluktuation der Mitarbeiter, seltenere Krankmeldungen sowie erhöhte Arbeitsmoral und Produktivität.

Das „Maternal and Child Health Bureau“ des US Department of Health and Human Services mit der Unterstützung des Amtes für Frauengesundheit hat den „Business Case for Breastfeeding“ erstellt. Der „The Patient Protection and Affordable Care Act“ hat bei einem Kongress im März 2010 eine Regelung verabschiedet, welche besagt, dass Arbeitgeber stillenden Frauen angemessene Pausen sowie saubere und geeignete Räume um das Abpumpen der Muttermilch auch während der Arbeitszeit zu ermöglichen, bereitstellen soll [AAP, 2012].

Laut der Studie „Säuglingsernährung Heute“ aus dem Jahr 2006 hat die Kinderärztin beziehungsweise der Kinderarzt den signifikant höchsten Einfluss auf das Stillen. Das Verhalten der eigenen Mutter hat hingegen den zweitgrößten Einfluss auf das Stillverhalten der Frauen. Trotzdem wurde von fast der Hälfte der befragten Frauen angegeben, dass die häufigste Informationsquelle in Bezug auf das Stillen die Hebamme, knapp gefolgt durch die Kinderschwester, ist. Als drittwichtigste Quelle für Informationen wurden Bücher und andere Literaturquellen, wie Zeitschriften genannt. In Bezug auf die Praxisrelevanz der gegebenen Informationen wurden jene durch Literatur, dicht gefolgt von den Informationen der Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Kinderkrankenschwestern am schlechtesten beurteilt. Die während Stillkrisen in den ersten sechs Monaten wichtigste Ansprechperson für Mütter ist der jeweilige Kinderarzt beziehungsweise die jeweilige Kinderärztin. Als eine zweite wichtige Anlaufstelle für die Lösung von Stillkrisen in den ersten drei Monaten diente die Hebamme, knapp gefolgt von einer Stillberaterin und auch Kinderkrankenschwestern wurden diesbezüglich von den Frauen angesprochen. Nur ein kleiner Teil der befragten Frauen wendete sich an Hausärzte, Frauenärzte oder an die eigene Mutter, Freundinnen, Bekannte oder Verwandte [BMG, 2012a].

Es ist eine wichtige Aufgabe der Kinderärztinnen und Kinderärzte die Mütter richtig und vollständig über die Vorteile des Stillens aufzuklären, denn die Entscheidung zu stillen obliegt immer der Mutter selbst. Bevor einer Mutter vom Stillen abgeraten wird, sollten immer zuerst die Vorteile die das Stillen mit sich bringt gegenüber den Risiken des Nicht - Stillens, abgewogen werden [AAP, 1997].

Ein Artikel aus dem Jahr 2009 hat sich zum Ziel gemacht, Pädiatern nützliche und praktische Vorschläge bereitzustellen, um diese in der Arbeit mit stillenden Frauen zu unterstützen. Dadurch haben Kinderärztinnen und Kinderärzte neue Methoden, um Frauen optimal unterstützen und betreuen zu können. Ziel dieses Artikels ist es, praktische Vorschläge für Pädiater bereitzustellen, damit diese Mütter und Kinder während des Stillens unterstützen können.

Die Bereitstellung klinischer Unterstützung für Mutter und Kind kann zeitaufwendig sein, da diese die Behandlung diverser Fragen beinhaltet. Kinderärztinnen und Kinderärzte finden sich häufig in der Behandlung stillender Frauen wieder, obwohl diese nicht zu deren eigentlichen Patientenklientel zählen. Durch die Vermittlung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten sowie durch die Entwicklung von Unterstützungssystemen wird es auch einem Pädiater ermöglicht, sich um die Bedürfnisse stillender Frauen kümmern zu können und auf diese einzugehen. Durch die Vermittlung zusätzlicher Kompetenzen an Pädiater können diese dazu beitragen die Stilldauer an sich sowie die Dauer des ausschließlichen Stillens zu erhöhen [Geraghty et al., 2009].

Ein Kinderarzt spielt eine entscheidende Rolle bei der Förderung des Stillens, der Stilldauer und der Stillrate. In einer brasilianischen Studie aus dem Jahr 2004 wird auf den Unterschied zwischen Beratung und dem Abgeben von Ratschlägen eingegangen. Ratschläge zu erteilen, bedeutet demnach einer Person zu sagen was diese zu tun hat, im Unterschied zur Beratung bei welcher sich der Berater an den Bedürfnissen des zu Beratenden orientiert. Im Falle eines Pädiaters nähert sich dieser professionell an die Mutter an in dem er ihr aufmerksam zuhört, bemüht ist ihre Anliegen zu verstehen und des Weiteren versucht mit Hilfe seines Wissens der Frau Hilfe bereit zu stellen.

Dies soll die Frau dabei unterstützen in schwierigen Situationen mit Druck umgehen zu können, das Selbstbewusstsein sowie die Selbstachtung der Frauen zu stärken.

Während der Schwangerschaft verhalten sich alle Frauen unterschiedlich, haben unterschiedliche Fragen sowie Angst und sind häufig verunsichert. Diese Komponenten machen sie anfälliger für Druck, welcher häufig von der Familie, Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen und von Freunden ausgeübt wird. Zusätzlich zu dem von Außenstehenden ausgeübten Druck kommt der Zweifel überhaupt stillen zu wollen, hinzu. In diesem Zusammenhang verlieren Mütter leichter ihr Selbstbewusstsein sowie ihr Selbstwertgefühl, wodurch das Verfüttern von Milchfertifnahrung in diesen Momenten als attraktiver wahrgenommen wird. Mütter mit einem starken Selbstbewusstsein können dem von Außenstehenden ausgeübtem Druck häufiger standhalten und neigen daher seltener dazu Milchfertifnahrungen zu verfüttern.

In dem Artikel von Santos Bueno und Teruya werden praktische Tipps für die Unterstützung der Mütter gegeben. Unter anderem wurde in dem Artikel erwähnt, dass der Pädiater die Entscheidung der Mutter akzeptieren und sie darin bestärken soll, dass sie selbst in der Lage ist zu entscheiden, was für sie und ihr Kind das Beste ist. Das Klinikpersonal beziehungsweise niedergelassene Ärzte oder Hebammen sollen nur Empfehlungen und relevante Informationen mit wissenschaftlicher Evidenz in einer klar verständlichen Sprache abgeben. Es muss berücksichtigt werden, dass Mütter über praktisches und Ärzte über theoretisches beziehungsweise wissenschaftliches Wissen verfügen, daher wird in dem Artikel empfohlen das gegenseitige Wissen zu teilen und somit zu erweitern [Santos Bueno und Teruya, 2004].

Status Quo der Stillberatung und Stillförderung (in Österreich)

In ganz Europa stellen die Förderung sowie die Unterstützung des Stillens ein wesentliches gesundheitspolitisches Thema dar. Frühzeitiges Abstillen sowie niedrige Stillraten wirken sich in Bezug auf soziale und gesundheitliche Aspekte negativ auf Kinder, Frauen, Gesellschaft und Umwelt aus, da dies zu Mehrkosten im nationalen Gesundheitswesen führt [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Der Schutz sowie die Förderung des Stillens können nicht durch die Beschränkung auf die Ebene des Individuums erzielt werden, sondern bedürfen auch politischer Unterstützung [Lange et al., 2007].

Stillraten und Stillpraktiken liegen in vielen europäischen Ländern hinter den Empfehlungen von WHO und UNICEF und generell kann festgestellt werden, dass die Zahl der mit sechs Monaten ausschließlich gestillten Säuglinge in ganz Europa niedrig ist. Kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus fallen die Zahlen für das ausschließliche Stillen, ebenso nimmt diese im Alter von vier Monaten des Kindes ab. Dies lässt vermuten, dass nach vier Monaten häufig die Berufstätigkeit der Mutter wieder einsetzt oder dass die weitverbreitete Annahme besteht, dass dies der optimale Zeitpunkt für die Einführung von Beikost ist. Nur ein geringer Teil der in der EU lebenden Frauen erreicht die Empfehlung ihre Kinder zwölf Monate zu stillen [Österreichisches Hebammengremium, 2012]. Diese Zahl deckt sich mit einer Erhebung des Österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG), welche ergab, dass nur von 10 % der Mütter die Empfehlung sechs Monate ausschließlich zu stillen erreicht wurde. Durch das Umsetzen der Empfehlung Kinder sechs Monate lang ausschließlich zu stillen, könnte sich Österreich jährlich 18 Millionen Euro an Behandlungs- und indirekten Kosten ersparen [ONGKG, 2012a].

Um das Stillen in Europa zu fördern und zu schützen wurde 2004 ein EU - Aktionsplan mit dem Titel „Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“ entwickelt, welcher sich in folgende Schwerpunkte untergliedert:

- „Strategien und Planung“,
- „Information, Ausbildung und Kommunikation“,
- „Schulung“,
- „Schutz, Förderung und Unterstützung“,
- „Monitoring“ und
- „Forschung“.

Einige Maßnahmen des Schwerpunkts „Strategien und Planung“ waren die Entwicklung von speziellen Strategien für sozial benachteiligte Gruppen und deren Kinder, um Ungleichheiten zu verringern sowie die Koordination von Stillinitiativen mit anderen öffentlichen Gesundheitsplänen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit. Außerdem stellte die regelmäßige Überwachung der Fortschritte sowie die Bewertung der Ergebnisse auf nationaler sowie regionaler Ebene und die Bereitstellung ausreichender personeller sowie finanzieller Ressourcen für den Schutz und die Förderung des Stillens eine Maßnahme dar. In der Kategorie „Information, Ausbildung und Kommunikation - IAK“ wurden unter anderem folgende Maßnahmen definiert:

- die Bereitstellung individueller Einzelberatung für Mütter durch adäquat geschultes Gesundheitspersonal, Laienberater (Peer Counsellor) sowie Selbsthilfegruppen für Mütter
- die Evaluation der benötigten Informationen für Mütter, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht stillen werden, um diese zum Stillen zu motivieren sowie den Informationsbedarf von Familienmitgliedern zu erkennen und zu decken
- jede Art an schriftlichem Material, welche sich der Ernährung des Säuglings sowie der Kleinkinder widmet, soll suggerieren, dass das ausschließliche Stillen über die ersten sechs Monate das Beste für das Kind ist

In der Kategorie der „Schulung“ sollten unter anderem Lehrbücher und Unterrichtsmaterialien überarbeitet beziehungsweise bereitgestellt werden, welche sich an Gesundheitspersonal im Still- und Laktationsbereich richten. In der Maßnahmenkategorie „Schutz, Förderung und Unterstützung“ wurden unter anderem Maßnahmen definiert, welche Stillrichtlinien und -pläne in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens sowie allen Lehranstalten für medizinische Berufe vorsehen und die in der allgemeinen Öffentlichkeit propagiert werden sollten. Außerdem wurde als Maßnahme definiert Mutterschutzgesetze zu etablieren, wodurch es berufstätigen Müttern ermöglicht werden soll ihre Kinder sechs Monate ausschließlich zu stillen sowie die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes auf jene Frauen auszuweiten, welche derzeit keinen Anspruch darauf haben. Außerdem sollten Arbeitgeber darüber

informiert werden, welche Vorteile sich ergeben, wenn es Arbeitnehmerinnen gestattet ist während der Arbeitszeit zu stillen. Dazu müssen die notwendigen Bedingungen, wie flexible Arbeitszeiten, Pausen und Räumlichkeiten gewährleistet werden. Um die Wirkung des EU - Aktionsplans durch die verschiedenen Strategien festzustellen, ist die Kategorie „Monitoring“ unerlässlich, wobei anerkannte wissenschaftliche Methoden Verwendung finden sollten, um die Vergleichbarkeit gewährleisten zu können. Die Qualität der Untersuchungsmethoden in der Kategorie der „Forschung“ sollte in Hinblick auf die konsequente Verwendung von Standarddefinitionen der Säuglingsernährungskategorie, ausreichendem Stichprobenumfang, dem Einsatz ausreichender, falls von Nöten qualitativer Methoden und ein angemessener Umgang mit Störgrößen gewährleistet werden [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Aus der in der 2006 durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“ inkludierten Krankenhäuser, welche zum Ziel hatte, Einsichten über die Rahmenbedingungen in Bezug auf das Stillen und die gegebenen Informationen in den Geburtskliniken sowie über das aktuelle Ernährungsverhalten von jungen Müttern im ersten Lebensjahr des Kindes zu erhalten, verfügen über 93 % ein Rooming-in, wobei 50 % der Hospitale angaben, dass 90 - 100 % der Mütter dieses Angebot in Anspruch nehmen. Das oben genannte EU - Projekt diene als Hintergrund für diese Erhebung.

Es wurde erhoben, dass über 90 % der Geburtsabteilungen ein Kinderzimmer für Säuglinge zur Verfügung stellt. Auch wenn ein „24 h - Rooming - in“ angeboten wird, geben ein Großteil der Mütter ihre Kinder nachts in das zur Verfügung stehende Kinderzimmer. Es konnte festgestellt werden, dass 80 % der Abteilungen Stillberatung durch geprüfte Laktationsberaterinnen IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) anbieten und Mütter auf allen befragten Abteilungen routinemäßig Informationen zur Säuglingspflege erhielten. Ein Großteil der Geburtsabteilungen inkludierte das Thema Stillen im Zuge von Geburtsvorbereitungen, ebenso sind zum überwiegenden Teil schriftliche Informationen für sowohl das medizinische Personal als auch die Mütter verfügbar. Es wurde festgestellt, dass ein Viertel der befragten

Geburtsstationen über medizinisches Personal, welches eine dreitägige Fortbildung zum Thema Stillen absolviert hat, verfügt.

In einem großen Teil der befragten Krankenhäuser wurde der Hautkontakt zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt für länger als 20 Minuten ermöglicht. Ein Viertel der in der Studie befragten Frauen gaben an, ihr Kind unmittelbar nach der Geburt fünf bis fünfzehn Minuten bei sich gehabt zu haben und circa 17 % der Frauen meinten, nach der Geburt gar keinen Hautkontakt mit ihrem Neugeborenen gehabt zu haben. Ein kleiner Teil der befragten Frauen meinte, ihr Kind sogar fünfzehn bis dreißig Minuten und teilweise sogar bis zu einer Stunde und darüber hinaus unmittelbar nach der Geburt bei sich gehabt zu haben. Ebenso wird das Anlegen nach Bedarf zu einem großen Teil forciert, denn nahezu 100 % der Frauen haben unmittelbar im Krankenhaus zu stillen begonnen und wurden laut dieser Erhebung von dem Pflegepersonal dabei unterstützt, wobei eine Stillgruppe bei einem Drittel der befragten Abteilungen für die Mütter zur Verfügung stand.

Bei der 2006 durchgeführten Erhebung wurde von den befragten Krankenhäusern angegeben, dass circa 85 % der Mütter bei der Entlassung aus dem Hospital voll stillen würden, aber nur 60 % der Geburtenabteilungen den Frauen den Besuch eines Kinderarztes empfehlen würden. Ein Großteil der Frauen (80 %) haben ihr Neugeborenes innerhalb der ersten beiden Stunden nach der Geburt das erste Mal angelegt, wobei die meisten anderen befragten Frauen ihr Kind innerhalb der ersten zwölf Stunden anlegen durften. Es konnte herausgefunden werden, dass ältere Kinderkrankenschwestern eher dazu tendieren Mütter zu fixen Stillintervallen zu drängen, während jüngere Kolleginnen die Stillintervalle flexibel halten und das Anlegen nach den Bedürfnissen des Säuglings richten. Bei der 2006 durchgeführten Erhebung wurde herausgefunden, dass bei einem Viertel der befragten Frauen ein Saughütchen zum Anlegen in Verwendung war. Als Gründe für die Verwendung wurde unter anderem die Saugerleichterung bei wunden und flachen Brustwarzen sowie für das Neugeborene angegeben. Ebenso soll die Art der Zufütterung im Krankenhaus einen Einfluss auf die Stildauer nehmen. Als verschiedene Arten der Zufütterung sind die Fütterung mit dem Fläschchen und Sauger sowie Fingerfeeder und Pipette zu

verstehen. In der in dieser Studie durchgeführten Umfrage konnte herausgefunden werden, dass die häufigste Zufütterungsmethode die Flasche ist. 95 % der in der Studie befragten Mütter gaben an, vom medizinischen Personal im Krankenhaus, Informationen zum Stillen erhalten zu haben, wobei ein Großteil der Frauen die erhaltenen Informationen als hilfreich empfand. Die in der Studie befragten Stillberaterinnen haben beobachtet, dass Mütter mit vielen und zum Teil widersprüchlichen Informationen in den ersten Tagen nach der Geburt konfrontiert wurden. Dies geschah trotz einheitlicher Stillausbildung des medizinischen Personals. Drei Viertel der befragten Frauen empfanden die Informationen als einheitlich und nur 5 % als widersprüchlich.

Die Entscheidung Stillen zu wollen, fällt bei einem überwiegenden Teil der Mütter vor der Schwangerschaft. Trotzdem wurden nur von circa 30 % der Frauen Informationen über das Stillen in der Schwangerschaft eingeholt. Mehr als die Hälfte der Frauen meinte, dass der beste Zeitpunkt um Informationen in Bezug auf das Stillen zu bekommen, während der Schwangerschaft ist und 20 % der Frauen meinte, dass der beste Zeitpunkt um Informationen zu erlangen im Wochenbett ist. Trotz der Tatsache, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen werdende Mütter während der Schwangerschaft im Rahmen der Mutter - Kind - Pass - Untersuchungen mehrmalig sehen, bekamen nur 35 % der Frauen Informationen in Bezug auf das Thema Stillen. Die anderen 65 % der befragten Frauen erhielten gar keine Informationen diesbezüglich [BMG, 2012a].

Einfluss auf das Stillverhalten

Aus dem EU - Aktionsplan aus dem Jahr 2004 geht hervor, dass der Einfluss auf das Stillverhalten von Frauen in vier Kategorien eingeteilt werden kann, nämlich...

1. *Mutter, Kind, Familie*, wozu unter anderem das Alter, die Geburtenzahl, die körperliche und psychische Gesundheit der Mutter, die eigenen Still Erfahrungen der Mutter sowie die Still Erfahrungen mit vorangegangenen Kindern, die Ausbildung beziehungsweise der Beruf der Mutter, die soziale Schicht, die Unterstützung durch den Partner und die Familie sowie die

Lebensgewohnheiten, wie das Rauchverhalten, der Alkohol- und Drogenkonsum zählte.

2. *das Gesundheitssystem*. Hierbei wurde unter anderem der Zugang zu Schwangerschaftsbetreuung und die Qualität der Vorsorge und der Betreuung während der Geburt sowie in den ersten Lebenstagen, außerdem die Art und Qualität der professionellen Unterstützung im Stillmanagement durch Gesundheitspersonal und der Zugang zu Mutter - zu - Mutter-Selbsthilfegruppen berücksichtigt.
3. *öffentliche Gesundheitsstrategien*, wozu unter anderem die Qualität der Aus- und Fortbildung des Gesundheitspersonals und die finanzielle Unterstützung für die Abhaltung ehrenamtlicher Mutter - zu - Mutter - Beratung zählte.
4. *gesellschaftliche Regeln und Kultur*, wie die gesetzliche Verankerung und die Durchsetzung des Internationalen Kodex und der Mutterschutzgesetze [Österreichisches Hebammen-Gremium, 2012].

Bezüglich der letzten drei Ebenen ist das Gesundheitssystem und die Politik gefordert, eine stillfreundliche Umgebung zu schaffen und somit zu einer nachhaltigen Unterstützung der Kindergesundheit beizutragen [Lange et al., 2007].

Der Einfluss auf das Stillverhalten der ersten Kategorie des EU - Aktionsplans wurde durch die nachfolgenden beschriebenen Studien bestätigt, denn Frauen, welche ältere Kinder bereits gestillt haben, stillen im Vergleich zu Erstgebärenden signifikant häufiger und länger. Des Weiteren haben die Größe sowie das Gewicht des Neugeborenen keinen signifikanten Einfluss auf die Stilldauer, wobei zu frühgeborene Kinder seltener und kürzer gestillt werden. In der Studie „Säuglingsernährung Heute“ gaben über 90 % der befragten Frauen an ihr Kind gestillt zu haben. Dabei konnten das Alter der Mutter, der Stillerfolg bei älteren Kindern, der Geburtsverlauf, das Rauchverhalten in der Schwangerschaft, der Zeitpunkt der Entscheidung stillen zu wollen, der Bildungsstand der Mutter und der Zeitpunkt des ersten Anlegens als Einflussfaktoren für das spätere Stillverhalten identifiziert werden. Es wurde festgehalten, dass ein höheres Alter (über 25 Jahre), ein erfolgreiches Stillen bei älteren Kindern, eine reguläre Geburt ohne Komplikationen (ungeplante Sectio oder

Vakuum) der Rauchverzicht während der Schwangerschaft, der Zeitpunkt der Entscheidung stillen zu wollen (je früher die Entscheidung fällt, desto länger wird voll als auch ergänzend gestillt), höhere Bildung, der Zeitpunkt des ersten Anlegens (Frauen, welche innerhalb der ersten beiden Stunden ihr Kind das erste Mal anlegen stillen signifikant länger) positiven Einfluss auf den Stillbeginn sowie die Stilldauer nehmen [BMG, 2012a].

Ähnliches zeigte die Studie von Dremsek et al. im Jahr 2003 bei welcher herausgefunden wurde, dass Mütter, welche unter zwanzig Jahre alt waren, ihre Kinder häufig kürzer als ein oder zwei Monate stillten, im Vergleich zu Müttern, welche zwischen zwanzig und dreißig beziehungsweise über dreißig Jahre alt waren. Der Anteil der Nicht - Stillenden war unter den Dritt- und Mehrgebärenden größer, als unter den erstgebärenden Frauen. Auch der Anteil der Frauen, welche über fünf Monate gestillt hat, war unter den Erst- und Zweitgebärenden größer als unter den Dritt- und Mehrgebärenden. Der Anteil an Nicht -Stillenden war unter den Frauen, welche ihre Kinder mittels einer Sektio geboren hatten sowie unter jenen mit Kindern unter 2000 g Geburtsgewicht deutlich größer als unter jenen Frauen, welche eine Spontangeburt hatten beziehungsweise deren Kind ein Geburtsgewicht über 2000 g hatte [Dremsek et al., 2003]

Laut der 2006 durchgeführten Studie entscheidet sich ein Großteil der Frauen bereits vor der Schwangerschaft ob sie später einmal stillen wollen oder nicht, denn die wenigsten Frauen treffen ihre Entscheidung, wenn das Kind bereits auf der Welt ist. Es konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der Frauen ihr Kind sechs Monate und sogar 15 % der Frauen ein Jahr stillen wollen [BMG, 2012a].

In einer 2003 durchgeführten Studie, welche sich der Stillberatung, Stillhäufigkeit und Stilldauer in einem Wiener Perinatalzentrum widmete, konnte nach der Befragung von 1518 Eltern mit einer tatsächlichen Teilnehmerquote von 72 % herausgefunden werden, dass 95 % der Mütter begonnen hatten zu stillen. Die Stillfrequenz nahm in den ersten fünf Lebensmonaten des Kindes kontinuierlich ab. Mehr als die Hälfte der befragten Frauen stillte ihre Kinder fünf Monate und länger, wovon fast 90 % als vollstillend zu bezeichnen waren. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass Mütter,

welche keinerlei Erklärungen bezüglich des Stillens erhielten, einen höheren Anteil an Nicht - Stillenden aufwiesen, im Vergleich zu jenen, welche ausreichend beziehungsweise zumindest wenige Informationen erhielten. Zu welchem Zeitpunkt die Erklärungen zum Stillen erfolgten, spielte keine statistisch signifikante Rolle in Bezug auf das Stillen beziehungsweise Nicht - Stillen sowie die Stilldauer. Allerdings konnte gezeigt werden, dass zwischen Frauen, welche eine einmalige beziehungsweise eine mehrmalige Erklärung erhielten unabhängig vom Zeitpunkt der erhaltenen Erklärung, statistisch signifikante Unterschiede bestanden haben. Der Anteil nicht - stillender Mütter ist bei Frauen, welche keine Erklärungen erhielten signifikant größer als bei jenen welche eine einmalige oder mehrmalige Erklärungen erhielten. Auch der Anteil der Mütter, welche länger als fünf Monate gestillt hat, war bei den mehrmalig aufgeklärten Frauen signifikant größer, als bei den einmalig aufgeklärten Frauen. Bei Frauen, welche bei Stillproblemen keine Hilfestellung erhielten, war der Anteil an Nicht - Stillenden signifikant größer [Dremsek et al., 2003].

Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigten ebenfalls, dass bei Müttern aus niedrigem sozialen Milieu, jungen Müttern und Müttern, welche während der Schwangerschaft geraucht haben eine signifikant geringere Stillhäufigkeit und -dauer vorlag. Des Weiteren wurde gezeigt, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger gestillt wurden, im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund, wobei es keinen Unterschied in Bezug auf die Vollstilldauer gegeben hatte. Somit zeigten die Ergebnisse der KiGGS - Studie, dass sozial benachteiligte Personengruppen, insbesondere junge Mütter einer gezielten Stillförderung bedürfen. Die individuelle Lebenslage und -situation der Frauen, wie Berufstätigkeit, Ausbildung und Unterstützungsmöglichkeiten durch den Partner, die Familie oder andere Verwandte und Bekannte dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Frauen, bei welchen Probleme nach der Geburt auftraten, bedürfen ebenfalls gezielterer Unterstützung [Lange et al., 2007].

Die American Academy of Pediatrics (AAP) schrieb 1997, dass die höchsten Stillraten bei besser verdienenden, höher ausgebildeten Frauen und Frauen über 30 Jahren in den USA beobachtet werden konnten. Hindernisse, welche die Stilldauer

beziehungsweise die Stillrate negativ beeinflussen, sind Falschinformation und inadäquate Information vor der Geburt sowie mangelnde Unterstützung, Werbung und Gratispackungen für Formulanahrung [AAP, 1997].

„Baby - friendly Hospital Initiative“ (BFHI)

Die „World Health Organisation“ (WHO) und die „United Nations Children`s Fund“ (UNICEF) haben weltweit mehrere Strategien um das Stillen zu schützen und zu fördern, entwickelt. Eine dieser Strategien, welche von selbigen in den Jahren 1991 - 1992 begründet wurde, ist die „Baby - friendly Hospital Initiative“, welches ebenfalls zum Ziel hat das Stillen zu fördern [Schmied et al., 2011]. Es handelt sich um eine globale Initiative, welche Maßnahmen implementiert, die das Stillen fördern und unterstützen [WHO, 2012a].

Die Initiative basiert auf zehn Zertifizierungsstufen, welche umgesetzt beziehungsweise erlangt werden müssen, um sich als ein „Baby - friendly Hospital“ bezeichnen zu dürfen [Schmied et al., 2011].

Des Weiteren ist sicherzustellen, dass in „stillfreundlichen Krankenhäusern“ der Codex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten eingehalten wird [BMG, 2012a].

Die zehn Schritte, um ein „Baby - friendly Hospital“ (BFH) zu werden, sind nachfolgend angeführt:

1. Eine schriftlich festgehaltene Stillförderungsrichtlinie soll vorliegen und routinemäßig dem medizinischen Personal nahe gebracht werden.
2. Das gesamte medizinische Personal soll sowohl theoretisch als auch praktisch geschult werden um die Umsetzung der Richtlinien zur Stillförderung gewährleisten zu können.
3. Alle schwangeren Frauen sollen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informiert werden.
4. Es soll gewährleistet werden, dass Mütter eine halbe Stunde nach der Geburt ihr Neugeborenes das erste Mal an die Brust anlegen.

5. Allen Müttern soll Unterstützung beim Stillen und bei der Aufrechterhaltung der Laktation angeboten werden.
6. Es sollte sichergestellt sein, dass Neugeborene außer der Muttermilch keine andere Nahrung bekommen, außer wenn dies medizinisch indiziert ist.
7. Das „Rooming-in“ sollte praktiziert werden, wodurch gewährleistet wird, dass Mütter und Kinder 24 Stunden am Tag zusammenbleiben können.
8. Das Stillen nach Bedarf soll gefördert werden.
9. Den Säuglingen sollten keine künstlichen Sauger beziehungsweise Schnuller gegeben werden.
10. Die Entstehung von Stillgruppen sollte gefördert werden. Außerdem sollten Mütter bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit diesen in Kontakt gebracht werden.

Die oben genannten Kriterien werden von den jeweiligen nationalen Behörden kontrolliert und weltweit auf Entbindungsstationen in jedem Land angewendet [UNICEF, 2012a].

Der Anteil an zertifizierten Einrichtungen sollte erhöht werden, um möglichst vielen Müttern und Neugeborenen die bestmögliche Unterstützung beim Stillen zukommen lassen zu können. In Österreich ist die Erhöhung an „Baby - friendly Hospitals“ eine Maßnahme im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung (NAP.e) des Gesundheitsministeriums [BMG, 2012b]. Die Zertifizierung österreichischer Krankenhäuser kann durch das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG) durchgeführt werden, unter der Voraussetzung, dass die „zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ sowie der „Internationale Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ (WHO - Kodex) umgesetzt werden. In Österreich gibt es die BFHI seit 1996 und als eigene Sektion im Rahmen des ONGKG seit dem Jahr 2012 [ONGKG, 2012b].

Welche Schritte im Detail notwendig sind, um sich als Institution zu zertifizieren, kann unter <http://www.ongkg.at/baby-friendly/zertifizierung.html> eingesehen werden.

Derzeit gibt es in Österreich 16 zertifizierte Einrichtungen (Dietscher und Steindl, 2012).

Seit der Gründung der BFHI haben sich mehr als 20 000 Einrichtungen aus 152 Ländern an der Initiative beteiligt. Um das Konzept der BFHI an möglichst vielen österreichischen Krankenhäusern mit Geburtsabteilungen zu etablieren, wird es in den Jahren 2011 bis 2013 zahlreiche Maßnahmen geben, um die Vernetzung und Information zu optimieren. Dazu zählen unter anderem, allgemeine Informationsworkshops in Verbindung mit den Jahreskonferenzen des ONGKG, regionale Trainingsmöglichkeiten für Personal auf Geburtsstationen sowie Trainings von Gutachtern und Gutachterinnen für die Anwendung der Bewertungskriterien der BFHI für Einrichtungen. Um die Qualität der zertifizierten Krankenhäuser gewährleisten zu können, werden diese begleitend evaluiert, wobei das Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) für die wissenschaftliche Begleitung verantwortlich ist [ONGKG, 2012a].

In Italien konnte gezeigt werden, dass die Schulung des Gesundheitspersonals mit einer adaptierten Version des achtzehn Stunden Kurses der UNICEF für Stillförderung zu gesteigertem Wissen des Personals, besserer Krankenhauspraxis und höheren Stillraten in reicheren Ländern mit modernem Gesundheitssystem führt. Nach der Schulung des Personals konnten „die zehn Schritte für ein erfolgreiches Stillen“ effektiver umgesetzt werden. Die Rate des ausschließlichen Stillens stieg signifikant nach dem Training des Krankenhauspersonals [Cattaneo et al., 2001].

Durch die Initiative wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Kinder weltweit die ersten sechs Lebensmonate ausschließlich gestillt werden [WHO, 2012a].

Jene Krankenhäuser, welche „Baby - friendly“ bereits umgesetzt haben, weisen eine höhere Stillrate und eine bessere Gesundheit der Kinder auf [UNICEF, 2012a].

Es gibt steigende Evidenz dafür, dass die Implementation der Initiative dazu führt, dass mehr Frauen mit dem Stillen beginnen, außerdem, allerdings zu einem geringeren Anteil, die Dauer des Stillens im Allgemeinen und die des ausschließlichen Stillens erhöht wird [Schmied et al., 2011].

Einfluss der Arbeitsweise einer Klinik auf den Stillerfolg

Die Arbeitsweise in einem Krankenhaus beeinflusst aus Sicht der „American Academy of Pediatrics“ (AAP) maßgeblich den weiteren Stillerfolg. Die Durchführung verschiedener Krankenhauspraktiken, wie den frühen Hautkontakt sowie das ausschließliche Stillen ohne der Zugabe von Wasser oder Säuglingsnahrung zu fördern, es sei denn es ist medizinisch induziert, führt zu einer Erhöhung der Stillrate. Weitere Stillfördernde Maßnahmen in einem Krankenhaus sind das Rooming-in, in welchem das Stillen nach Bedarf gefördert wird, die Vermeidung von Schnullern und ein Plan, wie nach dem Verlassen des Krankenhauses mit dem Stillen weiterverfahren wird. Um diese Bedingungen umsetzen zu können, kann die Notwendigkeit bestehen die Strukturen in einem Krankenhaus zu verändern.

Die CDC National Survey of Maternity Practices in Infant Nutrition and Care beurteilt die Laktationsmaßnahmen in vielen US - Geburtsstationen und stellte fest, dass die durchschnittliche Implementierung der zehn Schritte um die BFHI umzusetzen nur bei 65 % lag. Dies zeigt, dass verstärkt Bedarf besteht eine große konzeptionelle Veränderung in der Krankenhausorganisation in Bezug auf die Mutter- und Säuglingspflege vorzunehmen. Eine große Zahl von Krankenhäusern bietet stillenden Müttern kommerzielle Säuglingsernährung an, empfiehlt fälschlicherweise Müttern nur eine bestimmte Zeit zu stillen und stellt routinemäßig Schnuller zur Verfügung. Außerdem gibt es keine reglementierte Stillpolitik und es wird der stillenden Mutter nach der Entlassung aus dem Krankenhaus keine Unterstützung bereitgestellt. Nur ein Drittel der untersuchten Geburtsstationen setzte fünf der zehn Schritte und nur 3,5 % setzte neun der zehn Schritte um [AAP, 2012].

Wenn ein Säugling im Entbindungskrankenhaus ausschließlich gestillt wurde, ist die durchschnittliche Dauer des ausschließlichen wie auch des überwiegenden und generellen Stillens nach Verlassen des Krankenhauses erheblich länger, im Vergleich zu der Stilldauer jener Kinder, welche in ihrer Entbindungsklinik Wasser oder andere Arten der Zufütterung erhielten [Merten et al., 2005].

Gründe für die Umsetzung der „Baby - friendly Hospital Initiative“

Ein im Jahr 2006 durchgeführter Vergleich zwischen konventionellen und „stillfreundlichen“ Krankenhäusern ergab für die „stillfreundlichen Krankenhäuser“ signifikant bessere Ergebnisse bei jenen Kriterien, welche in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Stillen stehen. Der Vergleich hat gezeigt, dass es große Unterschiede in Bezug auf die Stillförderung, die Stillaus- und Weiterbildung, die Stillrichtlinien sowie anderen stillrelevanten Themen gibt. In „stillfreundlichen Krankenhäusern“ beginnen mehr Frauen zu stillen im Vergleich zu den „nicht - stillfreundlichen Krankenhäusern“. Alle zwölf in der Studie herangezogenen „Baby - friendly Hospitals“ gaben an, dass zwischen 90 bis 100 % der Frauen im Krankenhaus zu stillen beginnen. Im Vergleich dazu gaben nur 85 % der „nicht - stillfreundlichen Krankenhäuser“ an, dass zwischen 90 bis 100 % mit dem Stillen beginnen. Eine überwiegende Anzahl vollstillender Frauen verlassen ein „stillfreundliches Krankenhaus“, obwohl der Führungsstil des Krankenhauses die Dauer des Stillens nicht signifikant beeinflusst. In „stillfreundlichen Krankenhäusern“ wird ein höherer Anteil an schriftlichen Richtlinien für das Stillen sowohl für die Mütter als auch für das medizinische Personal bereitgestellt. Die Fortbildungstätigkeit sowohl in der Theorie als auch in der Praxis des Stillens liegt in „Baby - friendly Hospitals“ signifikant höher im Vergleich zu den „nicht - stillfreundlichen Krankenhäusern“. Die Verwendung von Flaschen mit Saugern und Stillhütchen fällt in „stillfreundlichen Krankenhäusern“ mit 33 % geringer aus, obwohl dort die häufigste Zufütterungsmethode mit 42 % die Pipette beziehungsweise der Fingerfeeder und zu 50 % der Becher, der Löffel oder ein Softcup darstellt. In „nicht - stillfreundlichen Krankenhäusern“ wird zu fast 75 % mit der Flasche zugefüttert und Fingerfeeder als auch Becher sind in jeweils 30 % der Kliniken in Verwendung. 90 % der „stillfreundlichen Krankenhäuser“ gaben an, dass ein maximaler Anteil von 20 % der Mütter im Krankenhaus ein Saughütchen gebraucht. Alle befragten „Baby - friendly Hospitals“ gaben an, kein Werbematerial zu verteilen, wohingegen bei 75 % der nicht - zertifizierten Krankenhäusern die Verteilung von Werbematerial stattfindet [BMG, 2012a].

Die durchschnittliche Stilldauer in der Schweiz betrug im Jahr 2003 31 Wochen, wovon 17 Wochen ausschließlich gestillt wurden. Im Jahr 1994 betrug die durchschnittliche Stilldauer 22 Wochen, wovon 15 Wochen ausschließlich gestillt wurden. Der Anteil an Säuglingen, welche ausschließlich bis zu fünf Monate gestillt wurden, betrug in „Baby - friendly Hospitals“ 42 % und 34 % bei Säuglingen, welche nicht in einem zertifizierten Hospital geboren wurden. Die Stilldauer bei Säuglingen, welche in einem „Baby - friendly Hospital“ geboren wurden, verglichen mit Säuglingen, welche in keinem derartigen Krankenhaus geboren wurden, war länger, wenn sich das jeweilige Krankenhaus an die Richtlinien der UNICEF gehalten hat. So betrug die generelle Stilldauer 35 Wochen in BFH beziehungsweise 29 Wochen in „Nicht - BFH's“. Die Dauer des überwiegenden Stillens, bei welchen laut WHO - Definition zur Muttermilch zusätzlich Wasser zugefüttert wird, betrug 20 Wochen versus 17 Wochen und die Dauer des ausschließlichen Stillens betrug 12 Wochen versus 6 Wochen. Die Daten zeigen, dass die Dauer des ausschließlich und des überwiegenden Stillens signifikant länger in „Baby - friendly Hospitals“ mit starker Berücksichtigung der Richtlinien der UNICEF waren. Laut der Definition der WHO unterscheidet man zwischen ausschließlich gestillten Säuglingen, wo dem Neugeborenen nichts außer der Muttermilch gefüttert wird, überwiegend gestillten Säuglingen, bei welchem dem Kind außer der Muttermilch zusätzlich auf Wasser basierende Flüssigkeiten verabreicht werden und „any - breastfeeding“. Die Bezeichnung „any - breastfeeding“ bedeutet, dass ein Säugling neben Muttermilch und Wasser auch andere Muttermilchersatzprodukte erhält. Ebenfalls einen positiven Effekt auf die Stilldauer hat das ganztägige „Rooming - in“, das erste Mal Anlegen innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt und das Stillen nach Bedarf. Unter Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten vor, während und nach der Entbindung, der Art der Entbindung, dem Wohlbefinden, dem Rauchverhalten und BMI, Nationalität, Bildung, Arbeit und Einkommen der Mutter, konnte herausgefunden werden, dass all diese Faktoren signifikant mit der Dauer des generellen, des überwiegenden und des ausschließlichen Stillens in Zusammenhang stehen. Durch die Studie konnte die Vermutung bestätigt werden, dass der generelle Anstieg stillender Mütter in der

Schweiz seit 1994 bedingt ist durch die steigende Anzahl an „Baby - friendly Hospitals“. Dies zeigt den günstigen Effekt der BFHI auf die Stilldauer, da Mütter nicht wissen wie groß die Compliance des jeweiligen Krankenhauses bezüglich der UNICEF Kriterien ist. „Baby - friendly Hospitals“, welche versuchen die Kriterien der UNICEF möglichst genau umzusetzen, können eine höhere Stillrate vorweisen als jene BFH, welche sich nicht so detailliert an die Vorgaben halten. Die Tatsache, dass die Stillraten generell, auch in herkömmlichen Geburtskliniken, gestiegen sind, ist vermutlich indirekt durch die „Baby - friendly Hospital Initiative“ beeinflusst, denn durch den Bekanntheitsgrad der BFH und deren Trainingsprogramme für medizinisches Personal haben das öffentliche Bewusstsein bezüglich der Vorteile des Stillens geweckt. Die Zahl der Laktationsberater sowie die Stillraten und -dauer sind ebenfalls kontinuierlich gestiegen. Kinder, welche in einem „stillfreundlichen Krankenhaus“ geboren wurden, werden mit höherer Wahrscheinlichkeit gestillt, außerdem mit einer längeren Stilldauer, vor allem dann, wenn das Krankenhaus eine starke Zusammenarbeit mit den Richtlinien der UNICEF aufzeigt. Daher sollte die Initiative erweitert und fortgesetzt werden, aber das Monitoring für die Einhaltung und Erfüllung der UNICEF Richtlinien sollte erweitert werden, um den höchstmöglichen Effekt der BFH ausschöpfen zu können [Merten et al., 2005].

In einer schottischen Studie publiziert im Jahre 2005 wurde herausgefunden, dass Frauen welche ihre Kinder in einem „stillfreundlichen Krankenhaus“ geboren haben mit höherer Wahrscheinlichkeit ihre Kinder sieben Tage nach der Geburt stillen. Alle Krankenhäuser, welche im Jahr 2002 die Zertifizierung erhielten haben die durchschnittliche Stillrate von 41,1 % im Jahr 1995 auf 52,5 % im Jahr 2002 angehoben. Bei Krankenhäusern, welche keine Zertifizierung erhielten, stieg die durchschnittliche Stillrate prozentuell nur von 38,9 % im Jahr 1995 auf 46,9 % im Jahr 2002. In einem Krankenhaus geboren zu sein, welches die Zertifizierung zum „Baby - friendly Hospital“ hat, steigt die Chance des Kindes gestillt zu werden [Broadfoot et al, 2005].

Eine Studie von vierzehn Entwicklungsländern, nämlich unter anderem Bolivien, Brasilien, Kolumbien, Ägypten, Kenia, Niger und Uganda hat gezeigt, dass die Implementation der „Baby - friendly Hospital Initiative“ zu einer statistisch

signifikanten jährlichen Steigerung in den Raten des ausschließlichen Stillens bei Kindern im Alter von 0 bis 2 Monaten und Säuglingen von 0 bis 6 Monaten führt [Abrahams und Labbok, 2009].

Bei der von Schmied et al. im Jahr 2011 durchgeführten Studie wurden Interviews mit Hebammen und Krankenschwestern bezüglich der „Baby - friendly Hospital Initiative“ durchgeführt. Dabei wurden Faktoren untersucht, welche den Implementierungsprozess der Initiative erleichtern oder erschweren. Die meisten Teilnehmer waren der Ansicht, dass die Initiative dazu führt, dass bessere Geburtsvorbereitungen angeboten werden und einheitliche Empfehlungen und Informationen an die Patienten durch das Krankenhauspersonal weitergeleitet werden und somit für Mütter und Kinder zu gesundheitlichen Vorteilen führt. Des Weiteren führt die richtlinienbasierte Arbeit zu weniger Stress unter den Mitarbeitern, da alle dieselben Empfehlungen aussprechen würden und kein Kollege die Arbeit eines anderen ausbessern müsse. Die Initiative verbessert auch die Sichtweise zum Stillen bei den zu behandelnden Frauen. Manche Mitarbeiter empfanden die Initiative sehr fanatisch und dadurch fühlten sich manche Frauen unter Druck gesetzt. Eine Teilnehmerin empfand die BFHI mehr als eine direkte Richtlinie, als eine Empfehlung. Manche Teilnehmer gaben an, sich nicht immer an die Vorschriften des BFH zu halten, da dies nicht immer möglich ist. Eine Teilnehmerin meinte, dass es zu wenig Zeit gebe, sich allen Patientinnen so intensiv wie es die Initiative abverlangt zu kümmern. Stillen würde aus Sicht einer Fokusgruppenteilnehmerin auf kurze Sicht mehr Zeit in Anspruch nehmen, als Flaschennahrung zu geben, aber auf lange Sicht würde man durch das Stillen Krankheiten vermeiden [Schmied et al., 2011].

Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten

Der Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten wurde 1981 bei der 34. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Ziel des Kodex ist es, eine gesunde und adäquate Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder sicherzustellen in dem das Stillen gefördert wird und der sachgemäße Gebrauch von Muttermilchersatzprodukten gewährleistet wird. Der Kodex legt fest, dass künstliche Nahrung und Sauger für jene

Kinder vertrieben werden sollen, welche diese benötigen, dabei soll das Stillen durch die Verkaufs- und Werbemaßnahmen nicht verdrängt werden [Europäisches Institut für Stillen und Laktation, 2012].

Seit der Veröffentlichung des Kodex wurde dieser durch weitere Resolutionen präzisiert und erweitert, wodurch ein ganzheitlicher Rahmen geschaffen werden konnte. Außerdem hat dieser weltweite Gültigkeit [BFHI, 2012].

Der Kodex findet Anwendung bei der Vermarktung von Muttermilchersatznahrung einschließlich vorgefertigter Säuglingsnahrung, anderen Milchprodukten, Nahrungsmitteln und Getränken sowie bei mit einer Flasche verfütterter Beikost und künstlichen Saugern. Der Kodex hat Anspruch auf Gültigkeit, wenn durch das verwendete Produkt die Muttermilch in den ersten sechs Monaten teilweise oder gänzlich ersetzt werden könnte. Säuglingsnahrung, welche aus medizinischer oder ernährungsphysiologischer Sicht in der Säuglingsernährung Verwendung findet, ist auch Teil des Anwendungsbereichs des Kodex [WHA, 1981 und ONGKG, 2012c].

Die Ver- und Gebote des Kodex werden nachfolgend angeführt:

- Es sollte von Seiten der Regierung sichergestellt sein, dass Familien und dem medizinischen Personal bezüglich der Säuglings- und Kleinkindernahrung objektive und gezielte Informationen zur Verfügung gestellt werden. Aufklärungs- und Ausbildungsmaterialien für schwangere Frauen und Mütter von Säuglingen sollten Informationen über die Vorteile des Stillens, die Ernährung der Mutter sowie die Vorbereitung für das Stillen und die Aufrechterhaltung der Laktation, eine Erläuterung der negativen Auswirkungen auf das Stillen, wenn teilweise mit der Flasche zugefüttert wird, enthalten. Es soll eine Erläuterung über die richtige Anwendung, wenn die Verfütterung vorgefertigter Säuglingsnahrung erforderlich ist, vorhanden sein. In Hinblick auf die Verwendung vorgefertigter Säuglingsnahrung soll auch die soziale und finanzielle Tragweite aufgezeigt werden. Gesundheitsgefahren, welche durch die falsche sowie unnötige Verwendung von Säuglingsnahrung, auftreten können, sollen diskutiert werden. Ferner dürfen sich in Aufklärungsmaterialien

keine Abbildungen oder Textpassagen befinden, welche die Verwendung von Muttermilchersatznahrung idealisieren. Die Verteilung darf nur über das Gesundheitsversorgungssystem erfolgen. Beworbene Produkte dürfen den Namen oder das Firmenlogo der jeweiligen Firma tragen, jedoch nicht direkt auf ein Markenprodukt Bezug nehmen, welches in den Anwendungsbereich des Kodex fällt [WHA, 1981].

- Für Produkte, welche in den Anwendungsbereich des Kodex fallen, darf keine Werbung in der allgemeinen Öffentlichkeit erfolgen [WHA, 1981]. Des Weiteren dürfen keine Geschenke, welche mit Firmenlogos versehen sind, verteilt werden (zum Beispiel Kalender) [BFHI, 2012]. Hersteller dürfen ebenfalls keine Proben von Produkten oder Geschenkeartikel, welche in den Anwendungsbereich des Kodex fallen und die Verwendung von Muttermilchersatzprodukten beziehungsweise Flaschennahrung begünstigen können, an schwangere Frauen, Mütter oder deren Familienangehörige verteilen. Des Weiteren sollten Firmen keinen direkten, beruflichen Kontakt mit Müttern von Säuglingen und Kleinkindern sowie mit schwangeren Frauen suchen [WHA, 1981]. Es dürfen keine Proben, auch nicht über das Gesundheitspersonal an Mütter gelangen [BFHI, 2012]. Proben von vorgefertigter Säuglingsnahrung sowie Gebrauchsgegenstände für die Zubereitung der künstlichen Nahrung sollten von den Firmen nicht an das Gesundheitspersonal ausgehändigt werden, es sei denn es ist zum Zwecke der Forschung notwendig [WHA, 1981]. Das bedeutet, dass keine kostenlosen oder verbilligten Lieferungen an Kliniken zugesandt werden, keine Geschenke an das Gesundheitspersonal übermittelt werden und keine finanzielle oder anderweitige Unterstützung von dem Personal vorgenommen werden darf [BFHI, 2012].
- Für jene Produkte, welche in den Anwendungsbereich des Kodex fallen, darf keine Werbung und Vergabe von Proben am Verkaufsort erfolgen, wodurch der Direktverkauf gefördert werden könnte. Dazu zählen Sonderwerbeschaufen,

Rabattgutscheine, Sonderverkäufe, Lockartikel und Koppelungsverkäufe [WHA, 1981].

- Es ist die Aufgabe der Gesundheitseinrichtungen geeignete Maßnahmen zu ergreifen um das Stillen zu fördern sowie die Grundsätze des WHO - Kodex zu schützen [WHA, 1981].
- Es darf von keiner Einrichtung aus dem Gesundheitswesen zum Zwecke der Marktförderung von künstlicher Säuglingsnahrung oder anderen Produkten, welche in den Anwendungsbereich des Kodex fallen, Gebrauch gemacht werden [WHA, 1981].
- In Einrichtungen des Gesundheitswesens ist die Ausstellung von Produkten, Plakaten oder Postern und die Verteilung von Sachmitteln, welche den Kodex betreffen, untersagt [WHA, 1981].
- Eine Unterweisung in der Verfütterung industriell aber auch selbst zubereiteter Säuglingsnahrung sollte nur von dem medizinischen Personal erfolgen, sofern Mütter und Familienangehörige auf deren Verwendung angewiesen sind. Auch sollten die Gefahren einer falschen Anwendung derartiger Produkte erläutert werden [WHA, 1981].
- Das Gesundheitspersonal hat die Aufgabe sich für die Förderung und den Schutz des Stillens einzusetzen [WHA, 1981].
- Informationen von Seiten der Hersteller, welche an das medizinische Personal weitergegeben werden, sollten nicht zu suggerieren versuchen, dass die Flaschennahrung dem Stillen gleichwertig oder überlegen sei.
- Von Seiten der Herstellerfirmen sollten dem Gesundheitspersonal sowie dessen Familienmitgliedern keine finanziellen oder materiellen Anreize, wie Sonderverkäufe, Rabatte oder Kaufanreize geboten werden die dazu dienen den Verkauf deren Produkte zu fördern [WHA, 1981 und BFHI, 2012].
- Die Etiketten von Säuglingsanfangsnahrungen sollten so gestaltet sein, dass die notwendige Anleitung über den sachgemäßen Gebrauch des Produktes vermittelt wird, dabei allerdings nicht vom Stillen abhält. Des Weiteren sollte auf dem Etikett, welches nicht leicht entfernbar sein soll in klar lesbarer Schrift

und verständlicher Sprache geschrieben stehen, dass es sich um eine wichtige Information handelt, wobei auch diese Worte verwendet werden sollen. Außerdem soll das Etikett einen Hinweis auf die Überlegenheit des Stillens gegenüber jeder anderen Nahrung enthalten. Außerdem soll das Etikett aufzeigen, dass das Produkt nur auf Anraten eines Experten verwendet werden soll. Des Weiteren soll eine Anweisung über die richtige Zubereitung und Anwendung des Produktes und eine Warnung vor den Folgen eines falschen Gebrauchs angeführt sein [WHA, 1981].

- Auf den Behältnissen sollten keine Bildnisse von Säuglingen abgebildet sein und ebenso keine Texte und Abbildungen, welche die Anwendung von künstlicher Säuglingsnahrung idealisieren [WHA, 1981].
- Nahrungsmittel, welche nicht zum direkten Verzehr geeignet aber durch den Zusatz von anderen Lebensmitteln, wie zum Beispiel Wasser in eine solche umgewandelt werden können, haben eine Warnung zu enthalten, wobei zu erwähnen ist, dass das Produkt in nicht modifizierter Form nicht als alleinige Nahrungsquelle dienen darf [WHA, 1981].
- Die Überwachung bezüglich der Anwendung des Kodex obliegt den Regierungen, wobei die Hersteller und Verteiler von Produkten sowie nichtstaatliche Organisationen, Berufsgruppen und Verbraucherorganisationen mit den Regierungen zu diesem Zweck zusammenarbeiten sollten [WHA, 1981].
- Verhaltensweisen von Herstellern von im Kodex erwähnten Produkten, welche mit den Richtlinien desselbigen nicht vereinbar sind, sollen durch nichtstaatliche Organisationen, Berufsgruppen, interessierte Einzelpersonen und Institutionen daraufhin gewiesen werden dürfen [WHA, 1981].
- An medizinisches Personal vermittelte Informationen müssen wissenschaftlich abgesichert sein [ONGKG, 2012c].

Künstliche Säuglingsernährung in „Baby - friendly Hospitals“

In „Baby - friendly Hospitals“ darf keine Werbung für künstliche Säuglingsnahrung gemacht werden. Außerdem dürfen keine Proben, Hefte, Bilder, Kugelschreiber oder ähnliches, welche mit einem Firmenlogo versehen sind, verteilt werden. Des Weiteren

werden keine Geschenke, Sponsoring für Fortbildungen und Einladungen zu Veranstaltungen von Firmen, deren Produkte in dem WHO - Kodex erwähnt sind, angenommen. Jede Mutter erhält eine individuelle Beratung, bei welcher die Ernährung des Kindes ebenfalls Thema ist. In einem BFH hält man sich streng an den WHO - Kodex und der zugehörigen WHA - Resolutionen [BFHI, 2012].

Nach Verabschiedung des Kodex wird in regelmäßigen Abständen der Weltgesundheitsversammlung Bericht über die Umsetzung des Kodex erstattet. Der Kodex ist ein Teil der „World Health Assembly (WHA) - Resolution 34.22“. Daher wurde dieser als eigenständiger Anhang zu dieser Resolution publiziert. In weiteren Resolutionen hat die Weltgesundheitsversammlung den Kodex ergänzt und detaillierter erarbeitet [Europäisches Institut für Stillen und Laktation, 2012].

Die Inhalte des WHO - Kodex wurden bis zum Jahr 1997 von 59 Mitgliedsstaaten, darunter auch Österreich in nationale Gesetze und Verordnungen umgesetzt. Die Verordnung „Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung“ (BGBl. Nr. 531/1995) des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz trat 1995 in Kraft. Im Zuge dieser Verordnung werden unter anderem die Zusammensetzung sowie die Zutaten von Nahrungsmitteln für gesunde Säuglinge und Kinder bis zum Erreichen des dritten Lebensjahres festgelegt. Es wird in diesem Zusammenhang in mehreren Paragraphen darauf hingewiesen, dass Informationen über diese Produkte nicht vom Stillen abhalten sollen, wobei Werbung über derartige Produkte nur in begrenztem Ausmaß möglich ist. Es ist nach wie vor Herstellern und Händlern von Säuglingsanfangsnahrungen untersagt Personen, welche in der Gesundheitsvorsorge direkt oder indirekt tätig sind, kostenlose oder verbilligte Produkte, Proben oder ein darauf Bezug nehmendes Werbegeschenk in Verkehr zu bringen, wobei Ärzte über Säuglingsanfangsnahrungen informiert werden dürfen.

In einer 2006 durchgeführten Studie konnte herausgefunden werden, dass an über 60 % der teilnehmenden Geburtenabteilungen Werbung für Milchfertigernahrung sowie Beikost und Probepackungen von Herstellerfirmen verteilt wird. Demzufolge gaben nur 40 % der befragten Geburtenabteilungen, wobei hierzu alle befragten „stillfreundlichen Krankenhäuser“ zählten, an, weder Werbematerial noch

Probepackungen an der betreffenden Station auszuteilen [BMG, 2012a]. Die Anforderungen des internationalen Kodex werden durch nationale Gesetzgebungen nicht erfüllt, weil die Bestimmungen des Internationalen Kodex weder dem Gesundheitspersonal noch der Bevölkerung detailliert bekannt gemacht wurden und keine wirkungsvolle Überwachung stattfindet [Österreichisches Hebammen-Gremium, 2012].

Ausbildung zur Laktationsberaterin in Österreich

Es gibt zwei Möglichkeiten die Ausbildung zur Laktationsberaterin zu absolvieren, nämlich einerseits die Ausbildung der La Leche Liga und andererseits die Ausbildung zur „International Board Certified Lactation Consultant“.

La Leche Liga

Allgemeines über die La Leche Liga

Der Name La Leche Liga leitet sich aus dem Spanischen von der Marienwallfahrtskirche „Nuestra Senora de la Leche y Buen Parto“ („Unsere Liebe Frau von der Milch und der guten Geburt“) in St. Augustine, Florida ab [LLL, 2012c].

Es handelt sich hierbei um eine gemeinnützige und politisch unabhängige Frauenhilfsorganisation, welche 1956 in den USA gegründet wurde. Mittlerweile hat sich diese als Selbsthilfegruppe geführte Organisation weltweit etabliert und zu einer auch international anerkannten Anlaufstelle, mit weltweit circa 32 000 Beraterinnen im Bereich des Stillens etabliert [LLL, 2012a und LLL, 2012e].

Das Hauptziel ist, dass stillende beziehungsweise stillerfahrene Mütter mit jenen Frauen oder Müttern die gerne stillen wollen beziehungsweise es bereits tun Gedanken, Erfahrungen, Unterstützung und Hilfestellung bereitstellen und ein gegenseitiger Austausch stattfindet [LLL, 2012a].

Die LLL International fungiert als „Non-Governmental Organization“ (NGO) als beratendes Mitglied der vereinten Nationen (UNO) und stellt ihr Wissen und die Erfahrungen der WHO und UNICEF zur Verfügung [LLL, 2012c].

Auf der Homepage der Leche Liga werden zehn Grundsätze auf welcher die Arbeit der Stillberaterinnen basiert, angeführt. Die Kernaussagen sind deckend mit jenen der WHO aus dem Artikel „10 facts on breastfeeding“, wobei bei der Ausführung der La Leche Liga ein besonderer Fokus auf die Relevanz einer innigen Beziehung zwischen Mutter und Kind und der psychologischen Wirkung des Stillens gelegt wird. Die Rolle des Vaters, welche in einem eigenen Absatz angeführt ist sowie eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Grundsätze werden nachfolgend angeführt:

- Stillen ist die wirkungsvollste und natürlichste Art dem Kind Zuwendung zukommen zu lassen und zeitgleich die Bedürfnisse des Säuglings zu befriedigen.
- Durch die Nähe zwischen Mutter und Kind wird ausreichend Milch zur Verfügung gestellt.
- Eine intensive Beziehung zur Mutter ist ein genauso grundlegendes Bedürfnis, wie jenes nach Nahrung.
- Muttermilch ist die beste Nahrung für den Säugling.
- Die Anteilnahme, Unterstützung und Hilfe des Vaters unterstützt das Stillen sowie die Mutter - Kind - Bindung. Außerdem ist die nicht zu ersetzende Vater - Kind - Beziehung ein ebenso fundamentales Element in der frühkindlichen Entwicklung wie die Beziehung zur Mutter selbst.
- Kinder brauchen von früher Kindheit an eine liebevolle Betreuung, welche das Verständnis für ihre Fähigkeiten und das Eingehen auf ihre Bedürfnisse einschließt [LLL, 2012b].

In Österreich hat sich die LLL seit 1979 etabliert und hat derzeit um die 70 Beraterinnen. Eingeteilt wird die LLL in Österreich durch Distrikte, welche von der Aufteilung her in etwa den Bundesländern entsprechen [LLL, 2012d].

Es finden monatliche Treffen in den Stillgruppen oder kostenlose medizinische Telefonberatungen statt. Das Konzept ist keine strikten Ratschläge zu erteilen, sondern Hilfestellung und Tipps anzubieten. Das Ziel ist es, Mütter in ihrer Individualität zu unterstützen, sie emotional zu begleiten und in ihrem Selbstbewusstsein zu bestärken [LLL, 2012e].

International Board Certified Lactation Consultant - IBCLC

Allgemeines

In den 70er Jahren wurden Säuglinge fast ausschließlich mit Flaschennahrung ernährt, wodurch das Stillen als Nahrung verdrängt wurde. Durch die fehlende fachliche Unterstützung wurden Selbsthilfegruppen für stillende Mütter gegründet. Um dem durch diese Gruppen erlangtem Wissen medizinische Anerkennung zu verleihen wurde 1985 der Titel „International Board Certified Lactation Consultant“ (IBCLC) eingeführt.

Die explizite Ausbildung zur Laktationsberaterin hat daher besondere Relevanz, da in medizinischen Fachausbildungen, wie Arzt beziehungsweise Ärztin, Hebamme oder Krankenschwester oft zu wenig Wert auf die Vermittlung fundierter praktischer aber auch wissenschaftlicher Informationen in Bezug auf das Stillen gelegt wird [VSLÖ, 2012a].

Durch die Ausbildung wird ermöglicht, dass Menschen verschiedener Berufsgruppen fundiertes Wissen zum Thema Stillen und Laktation verfügen [VSLÖ, 2012a].

Kompetenz der IBCLC

Stillen wird als ein komplexer Vorgang, welches Thema vieler Fachbereiche, wie beispielsweise Pädiatrie und Gynäkologie, Ernährungslehre, Psychologie, Logopädie sowie Endokrinologie ist, angesehen. Durch die einzelnen Fachbereiche kann immer nur ein kleiner Teil des Stillens beleuchtet werden, wodurch das Ziel der IBCLC - Ausbildung ist die fachliche Verbindung zwischen den einzelnen Disziplinen darzustellen. Die Arbeit der IBCLC ist evidenzbasiert und stützt sich auf wissenschaftliche Fakten. Aus den ethischen Leitlinien der IBCLC's geht hervor, dass die praktische Arbeit auf wissenschaftlichen Prinzipien, aktuellen Forschungsergebnissen und Informationen beruhen muss. Ein Ziel der IBCLC ist es neben den üblichen Beratungen von Eltern - Kind - Paaren auch in problematischen Situationen, wie Frühgeburten, Erkrankungen von Mutter und/ oder Kind sowie Mehrlingsgeburten ebenfalls ein individuelles Konzept zu erarbeiten, welches versucht das Stillen sowie die Ernährung mit Muttermilch weitgehend zu unterstützen.

Arbeitsfelder der IBCLCs sind...

- die Geburtshilfe.
- die Neonatologie.
- das Kreiszimmer.
- die Milchküche
- Arztpraxen
- Mutterberatung
- Ambulanzen
- die Freie Praxis (Hausbesuche, Beratungsgespräche, Stillvorbereitung in der Schwangerschaft oder in Stillgruppen)

Die Arbeit der IBCLCs umfasst außerdem Fortbildungstätigkeit anderer Kollegen und sie fungieren als Ansprechpartner in Gesundheitseinrichtungen, wenn stillfördernde Maßnahmen, wie die Umsetzung der BFHI ergriffen werden sollen. Als IBCLC verpflichtet man sich den „Kodex zur Vermarktung von Milchersatzprodukten“ einzuhalten. Weltweit gibt es laut dem Stand von November 2010 in 80 Ländern 23 000 Still- und Laktationsberaterinnen. In Österreich gibt es circa 380 Personen, welche die Ausbildung zur IBCLC absolviert haben [VSLÖ, 2012a].

Stillberatung: Europa und weltweit

Die Europäische Laktationsberaterinnen Allianz (ELACTA), welche früher Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB) genannt wurde, umfasst circa 2500 Mitglieder von 21 Verbänden aus 19 Europäischen Ländern. ELACTA ist eine Zweigstelle der „International Lactation Consultants Association“ (ILCA), welcher der internationale Berufsverband der Still- und Laktationsberaterinnen, mit Sitz in den USA ist. ILCA hat eine eigene Fachzeitschrift, nämlich das „Journal of Human Lactation“.

Das „International Board of Lactation Consultants Examiners“ (IBLCE) ist eine 1985 gegründete Organisation, welche erkannt hat, dass die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals genauso relevant ist, wie der Austausch zwischen Müttern. Es werden weltweit Examen abgehalten, welche in bereits 18 Sprachen übersetzt wurden [VSLÖ, 2012c].

Laut dem VSLÖ muss eine Stillambulanz folgende Kriterien erfüllen. Einige davon sind, dass...

- die Bindung an eine Institution (Krankenhaus oder andere öffentliche Gesundheitseinrichtung) gegeben sein muss.
- die Finanzierung über eine öffentliche Institution, wodurch für Mütter keine oder geringe Kosten entstehen, erfolgen muss.
- der Standort eigene ungestörte Räumlichkeiten mit einer Mindestausstattung, wie einem bequemen Stuhl, einem Untersuchungs- beziehungsweise Wickeltisch, einem Paravan zur Raumteilung, einer Babywaage, diverser Stillhilfsmittel und einer Milchpumpe umfassen muss.
- ein gesicherter Qualitätsstandard, bei welchem die Beratung sowie die Leitung durch ausgebildete Still- und Laktationsberaterinnen - IBCLC erfolgt.
- die Basisschulung für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Abteilung vorhanden sein muss [VSLÖ, 2012d].

Die Anzahl der Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC nimmt in vielen Ländern zu, was den Schluss zulässt, dass zunehmend erkannt wird, wie sehr fundiertes Wissen im Bereich des Stillens notwendig ist [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Unterschied zwischen La Leche Liga und IBCLC

In diesem Kapitel werden die grundlegenden Unterschiede der beiden unterschiedlichen Ausbildungen zur Stillberaterin festgehalten.

Unterschied in der Arbeitsweise zwischen Stillberaterinnen der La Leche Liga und Laktationsberaterinnen - IBCLC

Beraterinnen, welche durch die La Leche Liga ausgebildet wurden, arbeiten ehrenamtlich, im Gegensatz zu den Laktationsberaterinnen - IBCLC, welche dies (teilweise) als Hauptberuf ausüben [LLL, 2012e].

Um als Stillberaterin der La Leche Liga mit den neuesten Erkenntnissen vertraut zu sein, gibt es jährlich eine dreitägige Fachtagung und halbjährlich nach Distrikten eingeteilte Seminartage [LLL, 2012d].

Der Titel IBCLC wird für jeweils fünf Jahre vergeben, denn das Weiterführen des Titels ist an strenge Fortbildungsverpflichtungen gebunden. Um sicherstellen zu können, dass die fachliche Kompetenz der Beraterinnen erhalten bleibt, müssen innerhalb von fünf Jahren 75 Fortbildungsstunden und nach zehn Jahren eine Rezertifizierung nachgewiesen werden können [VSLÖ, 2012a].

Voraussetzungen für die Ausbildung

Die Voraussetzungen um die Ausbildung bei der La Leche Liga absolvieren zu dürfen, sind, dass zum einen eigene Still Erfahrung vorhanden sein muss und dass das eigene Kind ein Jahr beziehungsweise darüber hinaus gestillt worden sein muss. Das eigene Kind muss ausschließlich mit Muttermilch ernährt worden sein, bis es aus ernährungsmedizinischer Sicht induziert war mit der Einführung von Beikost zu beginnen, wobei als adäquater Zeitraum ein halbes Jahr betrachtet wird. Eine weitere Voraussetzung ist, dass während des Abstillens die Bedürfnisse des Kindes von der Mutter respektiert wurden.

Die organisatorischen Voraussetzungen um die Ausbildung zur LLL - Stillberaterin absolvieren zu dürfen sind die Mitgliedschaft bei der LLL, eine regelmäßige Teilnahme an Stilltreffen, der Besitz der neuesten Ausgabe des Buches „ Handbuch für die stillende Mutter“ und ein Empfehlungsschreiben einer amtierenden LLL - Beraterin sowie als geeignet erachtete persönliche Eigenschaften [LLL, 2012f].

Kosten und Ablauf der Ausbildung

Die Kosten der Ausbildung zur LLL - Beraterin belaufen sich auf einmalig 80 Euro, wobei das Wissen von zu Hause erarbeitet werden muss, denn spezielle Kurse oder Seminare werden nicht angeboten. Während der Ausbildung sollte sich die zukünftige LLL - Beraterin mit ihren eigenen Still Erfahrungen auseinander setzen, Rezensionen zu diverser Fachliteratur lesen, Fallbeispiele erarbeiten und eine Facharbeit in welcher circa 50 Fragen aus allen relevanten Gebieten zu Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit ausgearbeitet werden sollen, verfassen. Es sollte eine regelmäßige Teilnahme an Stillgruppen und Fortbildungen der LLL erfolgen. Die Dauer der Ausbildung beläuft sich auf ein Jahr, zuzüglich dem Jahr wo das eigene Kind gestillt wurde [LLL, 2012f].

Die Kosten der IBCLC - Ausbildung betragen zwischen 2240 und 2400 Euro, da sich diese aus verschiedenen Pflichtseminaren, einer Facharbeit, einem Praktikum und vier Stillgruppentreffen zusammensetzt [Ausbildungszentrum Laktation und Stillen, 2012].

Am Abschluss der praktischen und theoretischen Ausbildung wird ein internationales Examen von einer Expertengruppe zum Thema Stillen, welche aus verschiedenen Gesundheitsberufen stammen, abgenommen [VSLÖ, 2012a].

Voraussetzung zur Ausbildung

Die Voraussetzung um zum Examen zur Laktationsberaterin - IBCLC zugelassen zu werden, ist das bereits eine Ausbildung in einem medizinischen oder pflegerischen Beruf abgeschlossen wurde und Berufserfahrung in diesem Bereich besteht. Des Weiteren müssen Anwärtnerinnen Stillberatungstätigkeit im Ausmaß von 1000 Stunden in den letzten fünf Jahren nachweisen können. In Österreich wird die Ausbildung vom Europäischen Institut für Stillen und Laktation im Ausmaß von 180 - 210 Weiterbildungsstunden angeboten. Dabei ist ein 40 -stündiges Praktikum inkludiert, welches ermöglichen soll, dass Stillberatung auch in anderen Arbeitsgebieten wie auch in Form von Stillgruppen kennengelernt wird. Außerdem soll eine selbstständig erarbeitete Facharbeit mit einem in der Stillberatung relevanten Thema verfasst werden [VSLÖ, 2012a].

Material und Methoden

Allgemeine Durchführung

Die Studie wurde mittels qualitativer Erhebungen, nämlich durch das Abhalten von vierzehn Interviews, durchgeführt. Die vierzehn Interviews setzten sich aus zehn qualitativen Experteninterviews und vier Fokusgruppendifkussionen zusammen. Die vierzehn Interviews setzten sich aus zehn Experten- und vier Fokusgruppendifkussionen, wobei jeweils zwischen drei bis zwölf Personen während der Diskussionen anwesend waren, zusammen. Die Expertinnen und Experten wurden aus verschiedenen, für den Bereich des Stillens und der Stillförderung relevanten Bereichen herangezogen. Als stillrelevante Berufe wurden Ärztinnen und Ärzte aus den Fachbereichen Gynäkologie sowie Pädiatrie, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Laktationsberaterinnen und Laktationsberater sowie Diätologinnen und Diätologen identifiziert. Es gab zwei verschiedene Arten von Fokusgruppen, wobei sich eine aus schwangeren und die andere aus stillenden Frauen zusammensetzte. Um die Durchführung der Studie offiziell genehmigen zu lassen, wurde die genaue Vorgehensweise bei der Ethik - Kommission eingereicht und positiv bestätigt. Der positive Bescheid ist dem Anhang beigelegt. Nachfolgend werden die bei dieser Studie verwendeten qualitativen Methoden näher beschrieben, um aufzuzeigen, weshalb diese geeignet sind um das zu Erforschende, nämlich die Meinungen und Einstellungen der Betroffenen bezüglich der Stillempfehlungen, aufzuzeigen.

Qualitative Interviews

Es gibt drei Haupttypen qualitativer Interviews, nämlich das strukturierte, das halbstrukturierte sowie das Tiefeninterview. Das strukturierte Interview besteht aus festgelegten und strukturierten Fragen, welche von geschulten Interviewern in einer standardisierte Art und Weise abgehalten werden. Ein Beispiel einer gestellten Frage wäre: „Is your health: excellent, good, fair, or poor?“. Das halbstrukturierte Interview besteht aus einer losen Struktur mit „open ended“ Fragen, welche den Bereich definieren den es zu erforschen gilt. Ein Beispiel hierfür wäre: „What do you think good health is?“ oder „How do you consider your own health?“. Das Tiefeninterview ist noch

weniger strukturiert und umfasst nur ein oder zwei Aspekte, welche aber detailliert erforscht werden sollen. Es wird eine sehr allgemeine Frage gestellt, wie "This research study is about how people think about their own health. Can you tell me about your own health experiences and what you think of your health?". Die weiteren vom Interviewer gestellten Fragen bauen auf den Antworten des Befragten auf. Das Ziel qualitativer Interviews ist es die Meinungen und Einstellungen des Befragten aufzudecken, wobei der Forscher damit rechnen muss, dass die Ergebnisse des Interviews in eine andere Richtung gehen, als ursprünglich erwartet. Geeignete Fragen in qualitativen Interviews sollten offen, neutral, sensibel und für den Interviewpartner klar verständlich sein. Es können sechs Fragentypen unterschieden werden, nämlich jene basierend auf dem Verhalten und den Erfahrungen (1), jene welche auf Meinungen oder auf Werten basieren (2), jene welche auf Gefühlen (3), Wissen (4) und Sinne (5) basieren und jene welche auf dem demographischem Hintergrund (6) basieren. Die Informationen zu erlangen, welche man benötigt wird durch das Stellen der „richtigen“ Fragen und sich bewusst zu sein, welche Informationen man wissen möchte, gewährleistet. Häufige Fehlerquellen während des Interviews sind unter anderem Unterbrechungen von außen, wie durch das Läuten des Telefons, konkurrierende Ablenkungen, wie Kinder, Nervosität des Interviewers oder des Interviewpartners, das Stellen unangenehmer oder peinlicher Fragen, abrupte Themenwechsel und die Darstellung der eigenen Meinung und damit die Verspannung des Interviewpartners. Das qualitative Interview stellt eine flexible und leistungsfähige Forschungsmethode dar, mit welcher neue Bereiche für die Forschung eröffnet werden können [Britten, 1995].

In dieser Studie wurde ein halbstrukturiertes Interview gewählt, denn es wurden offene beziehungsweise „open ended“ Fragen gestellt. Allerdings differierte die Reihenfolge der gestellten Frage bei jedem Interview, weil diese sich aus dem Ablauf des Interviews ergab. Es wurden vier der sechs Fragentypen, nämlich Fragentyp 1, 2, 3 und 4 herangezogen.

Fokusgruppen sind eine Form des Gruppeninterviews, welche zum Ziel hat eine Kommunikation zwischen den Forschungsteilnehmern zu erzeugen. Dies bedeutet,

dass nicht der Forscher den einzelnen Personen Fragen stellt, sondern, dass die Personen untereinander über die zu beantwortende Forschungsfrage reden, Fragen stellen, die Erfahrungen der anderen kommentieren und selbst ihre Erfahrungen preisgeben sowie ihre Meinungen ausdrücken. Die Methode ist besonders nützlich, um Informationen über das Wissen sowie der Erfahrungen der Personen zu erlangen und kann verwendet werden um nicht nur herauszufinden was, sondern ebenfalls wie und warum die Personen in der Weise denken wie sie es tun. Die Anzahl der Gruppen, welche in eine Studie involviert werden, können je nach dem Ziel und der Größe der Studie zwischen sechs und fünfzig Gruppen variieren. Oft werden nur ein paar Fokusgruppen in die Studie inkludiert, wobei eine Kombination mit anderen qualitativen Techniken stattfindet. Die Atmosphäre während der Fokusgruppen sollte aufgelockert sein, was durch das Sitzen in einem Kreis und das Anbieten von Getränken gewährleistet werden kann. Die ideale Gruppengröße liegt zwischen vier bis acht Personen und kann zwischen ein bis zwei Stunden dauern. Es ist auch möglich mehrere Interviews mit einer Gruppe durchzuführen. Der Forscher sollte die Teilnehmer über das Ziel der Studie aufklären und sie ermutigen untereinander und nicht nur mit dem Interviewer zu sprechen. Der Interviewer versucht sich selbst nicht stark einzubringen, wobei dieser trotzdem versucht durch gezielte Fragen die Diskussion in eine arbeitsrelevante Richtung zu lenken. Die Daten, welche aus den Fokusgruppens Diskussionen entnommen werden können, eignen sich vor allem für die Erforschung von Einstellungen und Erfahrungen der Teilnehmer und des Weiteren um herauszufinden wie sich die Meinungen entwickelt haben beziehungsweise wie die Einstellungen in Bezug auf einen kulturellen oder soziodemographischen Kontext entstanden sind. Fokusgruppeninterviews werden häufig als eine schnelle und bequeme Methode angesehen um Daten von verschiedenen Personen zu erhalten. Die Sammlung der Daten gestaltet sich tatsächlich als relativ einfach, wobei sich die Auswertung der selbigen als gleichermaßen komplex wie umständlich erweist [Kitzinger, 1995]. In dieser Studie wurde wie oben beschrieben eine Mischung aus zwei qualitativen Techniken, nämlich qualitatives Interview und Fokusgruppens Diskussion

angewandt. Aus diesem Grund ergibt sich die kleine Gruppenanzahl von vier Fokusgruppendifkussionen.

Die Kernaufgaben qualitativer Forschung sind neben der Vertiefung, die Hypothesenfindung und Theoriebildung sowie die Durchführung von Pilotstudien, Einzelfallstudien, Prozessanalysen und Klassifizierungen. Es wurde bei dieser Studie eine qualitative Herangehensweise in Form der Vertiefung gewählt, da somit ermöglicht wird Einzelmeinungen zum Ausdruck zu bringen und die Plausibilität bereits interpretierter Zusammenhänge (zum Beispiel Einfluss der Experten und Verwandten auf das Verhalten der Frauen) sowie Ergänzungen von zu kurz geratenen Informationen (zum Beispiel Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung), welche durch quantitative Erhebungen nicht aufgezeigt werden könnten, darzustellen [Mayring, 2010c]. Die qualitative Vorgehensweise will auf andere Fragen hinaus als es quantitative vermögen, denn beispielsweise würde eine quantitative Studie zum „sudden infant death syndrome“ die statistische Korrelation der nationalen und regionalen Variation der Inzidenz messen. Eine qualitative Erhebung würde zum Beispiel Mütter von Säuglingen aus verschiedenen ethnischen Zugehörigkeiten bezüglich ihrer Kindererziehung befragen, um eventuelle Einflussfaktoren herauszufinden, weshalb in manchen Ländern eine niedrigere Inzidenz bezüglich des „sudden infant death syndroms“ besteht als in anderen Ländern [Britten, 1995]. Durch qualitative Erhebungen kann die Diskrepanz beziehungsweise können die Lücken zwischen dem vorhandenen Wissen und dem Verhalten in Bezug auf Gesundheitsfragen erklärt und die Gründe dafür aufgezeigt werden [Kitzinger, 1995].

Rekrutierung der Probanden

Expertinnen und Experten

Die Expertinnen und Experten wurden einerseits aus den Geburtenstationen der Krankenhäuser und andererseits aus der freiberuflichen Praxis rekrutiert. Es wurden vorerst nicht direkt die einzelnen Expertinnen und Experten einer Geburtenabteilung, sondern der Primarius beziehungsweise die Primaria der betreffenden Abteilung kontaktiert und über den Zweck der Arbeit sowie das Anliegen aufgeklärt. Des

Weiteren wurde in dem per E - Mail zugesandten Brief um Kontaktdaten für Experten gebeten und um Erlaubnis angesucht, mit diesen Kontakt aufzunehmen. Ein Beispielbrief, welcher an die Primarien versendet wurde, ist im Anhang angeführt. Es wurden insgesamt vier Primarien angeschrieben, wobei nur von zwei eine Rückmeldung erhalten wurde. Die zwei interessierten Primarien haben in der via E - Mail zugesandten Antwort jeweils eine Ansprechperson zum Thema Stillen genannt, welche durch Kopie des E - Mails gebeten wurden sich mit uns in Verbindung zu setzen. Diese Expertinnen und Experten haben weitere in diesem Krankenhaus arbeitende Personen, welche als Expertinnen und Experten zum Thema Stillen fungieren per E - Mail vorgeschlagen, welche teilweise bereits durch Kopie des E - Mails über das Ziel der Studie informiert wurden. In weiterer Folge wurden die anderen Expertinnen und Experten via E - Mail kontaktiert, wobei nochmal das Anliegen erläutert und um Terminvorschläge gebeten wurde. Dadurch konnten in zwei Krankenhäusern in Wien sieben Expertinnen und Experten aus den Bereichen Gynäkologie und Pädiatrie als auch Krankenschwestern, Diätologinnen und Diätologen sowie Hebammen rekrutiert werden. Die übrigen drei im Zuge der Studie befragten Expertinnen und Experten waren in freier Praxis arbeitende Laktationsberaterinnen beziehungsweise Laktationsberater - IBCLC beziehungsweise Hebammen und wurden durch die Suche nach geeigneten Fokusgruppen in privaten Institutionen, wie Eltern - Kind - Zentren um ein Interview gebeten beziehungsweise hat sich bei einer Expertin ein Interview nach dem Abhalten einer Fokusgruppendifkussion ergeben, welches spontan aufgezeichnet wurde. Mit der Leiterin einer anderen Stillgruppe wurde bereits vorab telefonisch ein Termin für ein Interview vereinbart. Die dritte Interviewpartnerin beziehungsweise der dritte Interviewpartner ist befreundet mit einer anderen befragten Expertin beziehungsweise einem anderen befragten Experten und wurde von dieser für die Studie empfohlen und in weiterer Folge kontaktiert. Durch diese Expertin beziehungsweise diesen Experten konnte eine Fokusgruppe mit schwangeren Frauen als auch ein weiterer Experte für ein Interview gewonnen werden. Die in freier Praxis arbeitenden Experten wurden per Telefon kontaktiert, wobei die genauen Informationen zusätzlich per E - Mail zugesandt wurden.

Die Experteninterviews setzten sich aus folgenden Experten zusammen:

- Zwei Ärzte beziehungsweise Ärztinnen aus dem Fachgebiet Gynäkologie
- Eine Arzt beziehungsweise Ärztin aus dem Fachgebiet Pädiatrie
- Eine Kinderkrankenschwester IBCLC
- Eine Diätologin mit Zusatzausbildung IBCLC
- Drei Hebammen, wovon eine die Zusatzausbildung IBCLC besitzt
- Zwei Laktationsberaterinnen - IBCLC

Es wurden vorab fünf Fachbereiche (Gynäkologie, Pädiatrie, Hebammen, Diätologie und Kinderkrankenschwestern) aus welchen die Expertinnen und Experten rekrutiert werden sollten, definiert. Es wurde versucht aus jedem stillrelevanten Gebiet zwei Expertinnen beziehungsweise Experten zu rekrutieren, wobei die fünf Fachbereiche auf sechs, nämlich Laktationsberater - IBCLC erweitert wurden. Diese Berufsgruppe wurde zusätzlich hinzugezogen, da sich die möglichen zu vermittelnden Informationen als relevant erwiesen. Die Zusammenstellung der Experten hat sich aus diesem Grund derartig ergeben, da sich die Rekrutierung mancher Expertinnen und Experten, wie Diätologen als schwierig herausgestellt hat. Es wurden deshalb zehn Experteninterviews durchgeführt, da die Durchführung von mehr als zehn Interviews einerseits erwartungsgemäß nicht mehr oder andere Ergebnisse erbracht hätte und andererseits den zeitlichen Rahmen der Masterarbeit in Bezug auf die Abhaltung der Interviews und der Auswertung gesprengt hätte.

Fokusgruppen

Um geeignete Fokusgruppen zu finden wurden verschiedene Institutionen, wie Eltern - Kind - Zentren oder Institutionen für Geburtsvorbereitungen telefonisch kontaktiert. Dabei wurde ersucht ob im Anschluss oder vor einem abzuhaltenden Geburtsvorbereitungskurs beziehungsweise einer Stillgruppe die Diskussion durchgeführt werden könnte. Die Zusammenstellung der Fokusgruppen erwies sich als schwierig, da viele Gruppenleiter und Gruppenleiterinnen kein Interesse daran hatten, ihre Kundinnen um eine Teilnahme zu bitten. Durch die Kontaktaufnahme verschiedener Institutionen und durch eine Weitervermittlung einer Institution an eine

private Laktationsberaterin konnten schließlich zwei Fokusgruppendifkussionen, welche im Anschluss an beziehungsweise in einem Fall als Ersatz für die Stillgruppe abgehalten wurden, ausgemacht werden. Die dritte Fokusgruppe wurde in den Räumlichkeiten einer Institution für Schwangeren- und Mutter - Kind - Yoga abgehalten, wobei die daran teilnehmenden stillenden Mütter, per E - Mail von dieser Institution ausgesendeten Mitgliederinformationen auf die Studie und den Bedarf einer Fokusgruppe aufmerksam gemacht und rekrutiert wurden. Eine Fokusgruppe mit schwangeren Frauen zu finden, erwies sich als die größte Herausforderung, da schwangere Frauen meistens Institutionen für Schwangerengymnastik aufsuchen und laut Aussagen der Kursleiterinnen und Kursleiter kein Interesse und keine Zeit haben sich der Teilnahme an einer Studie zu widmen. Schließlich konnte die Geburtsvorbereitungsgruppe einer Hebamme, welche die Freundin einer anderen im Zuge der Studie interviewten Expertin ist, rekrutiert werden.

Die drei Fokusgruppen mit Stillenden Frauen setzten sich aus zwölf, neun sowie drei Frauen zusammen. In der Gruppe der Schwangeren waren insgesamt vier Teilnehmerinnen. Die Anzahl der Frauen ergab sich fast wie geplant, da angestrebt wurde, angelehnt an den Artikel von Kitzinger im Jahr 1995 zwischen vier bis zehn Frauen in die jeweiligen Fokusgruppen zu rekrutieren.

Durchführung der Interviews

Expertinnen und Experten

Die Interviews mit den Expertinnen und Experten wurden an den jeweiligen Arbeitsplätzen, wie im Büro der Expertin beziehungsweise des Experten oder in einem anderen ruhigen Raum durchgeführt. Die Interviews dauerten zwischen zehn Minuten und einer knappen Stunde. Der Interviewleitfaden, welcher als Hilfestellung jedoch nicht als strikter Fragebogen zu verstehen ist, ist im Anhang beigefügt. Laut dem Artikel von Kitzinger aus dem Jahr 1995 sollen Interviews in einer für den Interviewpartner angenehmen Atmosphäre stattfinden, was durch das Abhalten an den jeweiligen Arbeitsplätzen der Teilnehmer zu gewährleisten versucht wurde [vgl. Kitzinger, 1995].

Fokusgruppen

Die Interviews wurden nach dem beziehungsweise in einem Fall statt dem eigentlich abzuhaltenden Kurs durchgeführt. Daher fanden die Diskussionen in den Räumlichkeiten des abzuhaltenden Kurses statt. Im Falle einer Diskussion wurden von einer Institution, welche in deren Mitgliederinformation auch einen Informationsbrief bezüglich der durchzuführenden Studie (siehe Anhang) verschickt haben, die Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Die Fokusgruppendifkussionen dauerten zwischen einer dreiviertel und eineinhalb Stunden, wobei zwischen drei bis zwölf Personen an den Diskussionen teilnahmen. Die Interviewleitfäden sowohl für die Schwangerenfokusgruppen als auch für die Gruppen der Stillenden können dem Anhang entnommen werden. Es wurde wie in Kitzinger 1995 empfohlen, versucht eine für die Interviewpartner angenehme Atmosphäre zu schaffen [vgl. Kitzinger, 1995].

Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet und mit dem Transkriptionsprogramm F4 für Windows, welches von der Homepage <http://www.audiotranskription.de/english/f4.htm> heruntergeladen wurde, transkribiert. Nachdem alle Interviews abgetippt wurden, erfolgte die Umformatierung in eine geeignete Excel-Datei um die gesammelten Daten einer qualitativen Inhaltsanalyse modifiziert nach Mayring zu unterziehen.

Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist die Analyse von Material, welches von einer Kommunikation stammt, wobei die Schwierigkeit darin besteht, dass sich die Auswertung des Materials nicht nur mit der Analyse des Inhalts beschäftigt, sondern auch nonverbale Aspekte der Kommunikation berücksichtigt werden sollen. Durch Inhaltsanalyse soll unter anderem schriftlich festgehaltene Kommunikation systematisch, regel- und theoriegeleitet analysiert werden [Mayring, 2010b]. Die bei dieser Studie angewendete qualitative Technik ist die in dem Buch „Qualitative Inhaltsanalyse“ von Mayring als erste qualitative Technik bezeichnete, nämlich die *Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung* [vgl. Mayring, 2012a]. Das Grundprinzip der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist, dass die Abstraktionsebene

der Zusammenfassung festgelegt und schrittweise verallgemeinert wird, wobei die Zusammenfassung immer abstrakter wird. Dies kann in Abbildung 1 eingesehen werden:

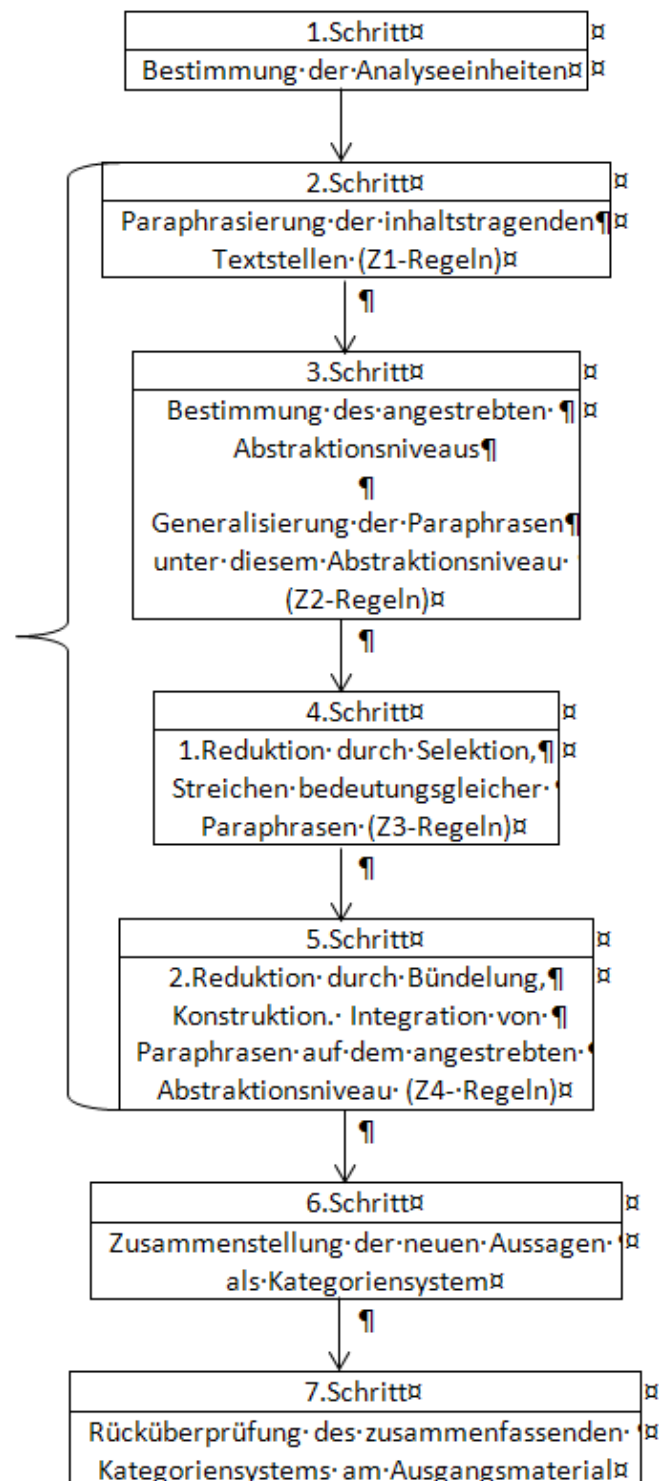


Abbildung 1: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring, 2010a.

Im ersten Schritt der Analyse soll das Material beschrieben und durch die Fragestellung festgelegt werden, was zusammengefasst werden soll (Codieren). Im zweiten Schritt der Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen (Z1-Regeln) werden die einzelnen Codiereinheiten in eine knappe, auf den Inhalt beschränkte und deskriptive Form umgeschrieben (Paraphrasieren). Nicht inhaltstragende Textstellen werden in diesem Schritt bereits entfernt. Es ist darauf zu achten die Paraphrasen auf eine einheitliche Sprachebene zu transferieren, wobei dies besonders bei der Analyse von Gruppendiskussionen wichtig ist.

Beispiel:

Originaltext: *„Dann findet diese Beratung statt, wenn es darum geht so praktisch mit der Beikost zu beginnen“* wird vereinfacht zu: *„Beratung findet statt, wenn mit Beikost begonnen wird“*.

Im nächsten Schritt wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion aufgrund des vorliegenden Materials festgelegt. Paraphrasen, welche unter dem Niveau liegen werden verallgemeinert und jene welche über dem Abstraktionsniveau liegen werden zunächst beibehalten (Z2-Regel). Die dadurch entstehenden inhaltsgleichen Paraphrasen können ebenso wie ausdruckslose oder unwichtige Textpassagen entfernt werden (Z3-Regel). In einem zweiten Reduzierungsverfahren werden mehrere, sich aufeinander beziehende, über das Material verstreute Paraphrasen zusammengefasst und durch neue Aussagen wiedergegeben (Z4-Regel). Nach durchlaufen dieser Schritte ist der erste Durchlauf der Zusammenfassung abgeschlossen. Es kann allerdings notwendig sein das Material noch einmal zusammenzufassen, dabei muss das Abstraktionsniveau auf einer noch höheren Ebene angesetzt werden und die Schritte nochmals durchlaufen werden. Dies kann sooft wiederholt werden, bis das Ergebnis der angestrebten Reduzierung dem Material, welches man angestrebt, entspricht.

Alle inhaltstragenden Textstellen zu paraphrasieren ist bei großen Materialmengen oft nicht mehr möglich, wobei dann mehrere Analyseschritte zusammengefasst werden können. Die verwendbaren Textstellen können gleich auf das erzielte Abstraktionsniveau gebracht werden. Bevor eine neue generalisierte Paraphrase

herausgeschrieben wird, wird überprüft ob diese nicht bereits in einer anderen enthalten und somit mit einer bereits niedergeschriebenen zusammenzufassen ist.

Zusammenfassend:

Z1: Paraphrasierung:

- Alle nicht oder wenig inhaltstragenden, wie sich wiederholende, verdeutlichende oder ausschmückende Textpassagen werden gestrichen.
- Relevante Textbestandteile werden auf eine einheitliche Sprachebene sowie eine grammatikalische Kurzform transformiert.

Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau:

- Die Paraphrasen werden auf die definierte Abstraktionsebene generalisiert, sodass die ursprünglichen Aussagen in den neuen enthalten sind. Die Paraphrasen, welche über dem Abstraktionsniveau liegen, werden bei belassen.
- Die Satzaussagen sollen auf die gleiche Weise generalisiert werden.
- In Zweifelsfällen werden theoretische Vorannahmen zur Hilfe genommen.

Z3: Erste Reduktion

- Bedeutungsgleiche und als irrelevant eingestufte Paraphrasen werden gestrichen.
- Die als relevant eingestuften Paraphrasen werden beibehalten.

Z4: Zweite Reduktion

- Paraphrasen mit ähnlichen oder gleichen Inhalten werden zu einer Aussage zusammengefasst.

Wenn es sich bei dem zu analysierenden Material um kleinere Materialmengen handelt werden die Paraphrasen separat herausgeschrieben, handelt es sich allerdings um große Materialmengen, werden Z1 bis Z4 (Siehe Abbildung) mitvollzogen.

Um die Kategorien zu bilden ist sowohl das induktive als auch das deduktive Vorgehen erlaubt. Eine deduktive Definition der Kategorien wird durch theoretische

Überlegungen ermöglicht, wohingegen sich eine induktive Katagoreinbildung direkt aus dem Material in einen Verallgemeinerungsprozess ableitet, ohne sich auf vorab überlegte Theorien zu beziehen. Die induktive Katagorienbildung hat große Bedeutung innerhalb qualitativer Ansätze, da das vorhandene Material ohne Verfälschungen der Vorannahmen des Forschers dargestellt wird. Diese Methode wird in der „Grounded Theory“ als „offene Codierung“ bezeichnet [Mayring, 2012a].

In der vorliegenden Studie wurden die Interviews Zeile für Zeile inhaltsbezogenen Codes zugeordnet. Die jeweils zu den Codes zugeordneten Zeilen wurden kopiert und in eine nach dem Code benannte Datei eingefügt. Dadurch konnte erzielt werden, dass alle inhaltsähnlichen Aussagen in einem Dokument ersichtlich werden (Schritt 1). Die einzelnen Zeilen der Interviews wurden paraphrasiert (Z1), generalisiert (Z2) und danach einer ersten Reduktion (Z3) unterzogen. Bei der ersten Reduktion wurden alle gleichen oder ähnlichen Aussagen zu einer Datei zusammengefasst, um eine übersichtliche Materialmenge zu erhalten. Die erste Reduktion wurde wieder in ein eigenes Dokument eingefügt, um zur zweiten Reduktion überzugehen, wo die Aussagen gezielter auf die wesentlichen Inhalte zusammengefasst wurden (Z4). Allerdings wurde nach der Analyse der ersten Codes ersichtlich, dass es sich hier um große Materialmengen handelt, wodurch bei einigen Codes die Schritte Z1 bis Z4 in einem vollzogen wurden. Des Weiteren wurde Großteils auf die zweite Reduktion verzichtet, da bereits im Zuge der ersten Reduktion auf die wesentlichen Inhalte reduziert wurde. Nachfolgend ist am Beispiel des Codes „Beratung“ zu sehen, wie die zusammenfassende Inhaltsanalyse praktisch durchgeführt wurde.

Code: Beratung [B]	Interview/Zeile	Nr	Originaltext	Paraphrase	Generalisierung	1.Reduktion
B	Experteninterview: 1/ 7	1.	Also von meinem Arbeitsbereich ist das eben die Stillgruppe oder in der Mutterberatung und diese Beratung findet meist dann statt wenn die Kinder so 4, 5 Monate alt sind, wenn das Thema so in das Bewusstsein der Frauen kommt.	Stillgruppe, Mutterberatung findet statt, wenn Kinder 4,5 Monate alt sind, dringt Thema in Bewusstsein der Frauen	Beratung in Stillgruppe oder Mutterberatung erst relevant, wenn Kinder 4,5 Monate alt sind	Beratung (Mutter-, Stillberatung, Geburtsvorbereitungskurs) erst relevant, wenn • Kinder gewisses Alter haben • Es um Einführung von Beikost geht • Wenn bei ersten Kind keine guten Stillerfahrungen gemacht wurden und Bedürfnis es beim zweiten besser zu machen Beratung findet bei Kind im Alter von einer Woche bis zu 2 Jahren statt
B	8	2.	Dann findet diese Beratung statt, wenn es darum geht so praktisch mit der Beikost zu beginnen	Beratung findet statt, wenn mit Beikost begonnen wird	Beratung relevant, wenn es um Einführung von Beikost geht	
B	10	3.	In der Schwangerschaft, im Rahmen vom Geburtsvorbereitungskurs und ja gelegentlich kontaktieren mich Frauen, eher dann wenn sie beim ersten Kind keine so guten Stillerfahrungen gehabt haben,	In Schwangerschaft Geburtsvorbereitungskurs, Kontakt wenn beim ersten Kind keine guten Stillerfahrungen	In Schwangerschaft Beratung, z.B. Geburtsvorbereitungskurs relevant, wenn beim ersten Kind keine guten Stillerfahrungen gemacht wurden	
B	11	4.	wenn sie dann zum 2. Kind schwanger sind und sich vornehmen, dass sie gut stillen wollen, dass sie dann in der Schwangerschaft schon kommen für die Stillberatung.	2. Kind vornehmen gut zu stillen, kommen sie in Schwangerschaft zur Stillberatung	In Schwangerschaft zur Stillberatung, wenn sie beim zweiten Kind gut stillen wollen	

Abbildung 2: Ausschnitt zusammenfassende Inhaltsanalyse am Beispiel des Codes „Beratung“.

Erstellung der Kategorien und Codes

Die Codes wurden auf zwei verschiedene Arten entwickelt, denn einerseits wurden diese anhand der zu beantwortenden Forschungsfrage, also deduktiv überlegt. Die deduktiv generierten Codes sind in Tabelle 1 angeführt. Andererseits wurde ein Großteil der Codes induktiv, also während des Lesens der Interviews entwickelt.

Aus Tabelle 1 und 2 kann abgelesen werden, dass einige Codes, im Zuge der Hypothesengenerierung, entfernt oder mit anderen Codes zusammengefasst wurden.

Deduktiv entwickelte Codes	Bedeutung des Codes
AE	Annahme der Empfehlungen
U	Unterschiede der Empfehlungen zwischen Experten
UE	Unterschied zwischen Empf. und Umsetzung (Empfänglichkeit)
UStSw	Unterschied der Vorstell. zw. Schwangeren und Stillenden
MÄ	Meinungsänderung 1. und 2. Kind
MBW	Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung
VE	Vorerfahrung bzgl. Stillen
EV	Einfluss auf das Verhalten
VW	Vorwissen
EFP	Einfluss des Fachpersonals
ESD	Einfluss soziodemographischer Faktoren

Tabelle 1: Deduktiv entwickelte Codes.

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass sich acht von den elf deduktiv erstellten Codes zur Beantwortung der Forschungsfrage als relevant erwiesen.

Induktiv entwickelte Code	Bedeutung des Codes
B	Beratung
BQ	Beratungsqualität
VTs	Vorteile Stillen
E	Empfehlung
EE	Entwicklung der Empfehlungen
EaSV	Einfluss auf das Stillverhalten
R	Rechtliches zum Thema Stillen
IS	Industrie und Stillen
D	Druck Stillen zu müssen
P	Partner

VI	Vorinformation
V	Vorstellung
EI	Einstellung
VU	Verunsicherung
VUP	Verunsicherung Privatperson
IE	Information durch Experten
AU	Ausbildung/ Fortbildung
AW	Arbeitsweise
BFHI	„Baby - friendly Hospital Initiative“
GFGS	Gründe für und gegen Stillen
SG	Stillgruppe
AK	Anzahl der Kinder
SD	Stilldauer
AK	Alter Kinder
K	Krankenhaus
FS	Fehler beim Stillen
S	Sonstiges

Tabelle 2: Induktiv entwickelte Codes.

Aus Tabelle 2 kann abgelesen werden, dass von den 27 induktiv erstellten Codes sechzehn Codes zur Beantwortung der Forschungsfrage benötigt wurden. Der Inhalt der übrigen Codes wurde einerseits gestrichen, da er sich als irrelevant zur Beantwortung der Forschungsfrage herausgestellt hat beziehungsweise wurden Ausschnitte daraus anderen Codes zugeordnet.

Legende zu Tabelle 1 und 2

XY... *Code in Arbeit verwendet.*

[.....] *Codes, welche in dieser Klammer stehen wurden zu einem zusammengefasst.*

— *Code wurde nicht in späterer Arbeit verwendet.*

Insgesamt wurden 24 Codes (acht deduktive und sechzehn induktive) verwendet, wobei durch die oben erwähnten Zusammenfassungen der Codes vier Codes abgezogen werden konnten, wodurch man in der tatsächlichen Auswertung auf die 20 verwendeten Codes stößt, welche in Tabelle 3 dargestellt werden.

Zusammenfassung der tatsächlich verwendeten deduktiv und induktiv erstellten Codes	Bedeutung des Codes
B (induktiv)	Beratung
E (induktiv)	Empfehlung
AE (deduktiv)	Annahme der Empfehlung
UE + U (UE) (deduktiv und deduktiv)	Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung
EE (induktiv)	Entwicklung der Empfehlungen
EaSV (induktiv)	Einfluss auf das Stillverhalten
IS (induktiv)	Industrie und Stillen
D (induktiv)	Druck Stillen zu müssen
EFP (deduktiv)	Einfluss des Fachpersonals
ESD (deduktiv)	Einfluss soziodemographischer Faktoren
VE (deduktiv)	Vorerfahrungen bezüglich Stillen
P (induktiv)	Partner
VI + VW (VIVW) (induktiv und deduktiv)	Vorinformation
V + EI (VEI) (induktiv und induktiv)	Vorstellungen und Einstellungen
VU + VUP (VUP) (induktiv und induktiv)	Verunsicherung Privatperson und Experten
IE (induktiv)	Information durch Experten
AU (induktiv)	Ausbildung/ Fortbildung
AW (induktiv)	Arbeitsweise
MBW (deduktiv)	Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung
BFHI (induktiv)	„Baby - friendly Hospital Initiative“

Tabelle 3: Zusammenfassung der tatsächlich verwendeten deduktiv und induktiv erstellten Codes.

Nach der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse modifiziert nach Mayring konnten die noch bestehenden 20 Codes vier induktiv erstellten Kategorien zugeordnet werden. Diese sowie die Zuteilung der Codes sind in Tabelle 4 dargestellt.

Kategorie	Untergeordnete Codes
Beratung durch Experten	B, E, AE, UE, EE
Individuelle Einflussfaktoren	EaSV, IS, D, EFP, ESD, VE, P
Wissen und Information	VIVW, VEI, VUP, IE, AU, AW
Zukunft	MBW, BFHI

Tabelle 4: Kategorien.

Die Ergebnisse wurden innerhalb der Auswertung in Aussagen von Experten, Stillenden und Schwangeren in den jeweiligen Kapiteln unterteilt.

Ergebnisse

Alle in den Ergebnissen erwähnten Aussagen der Expertinnen und Experten werden genderkonform sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Form, unabhängig davon ob die Aussage von einem männlichen oder weiblichen Experten getätigt wurde, angeführt. Dies dient dazu, die höchstmögliche Anonymität der Teilnehmer zu gewährleisten.

In den ausgearbeiteten Ergebnissen der Fokusgruppen werden alle Aussagen ausschließlich in der weiblichen Form dargestellt, da alle Teilnehmer dieser Diskussionen Frauen waren.

Bei den Ankerbeispielen in runder Klammer angeführten (F)'s handelt es sich um Aussagen verschiedener Personen. Jedes Wort beziehungsweise jeder Satz nach einem (F) wurde von einer anderen Fokusgruppenteilnehmerin getätigt.

Kategorie: Beratung durch Expertinnen und Experten

Beschreibung der Kategorie

Die Kategorie „Beratung durch Expertinnen und Experten“ beinhaltet die Codes „Beratung (B)“, „Empfehlung (E)“, „Annahme der Empfehlung (AE)“, „Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung (UE)“ sowie „Entwicklung der Empfehlungen (EE)“.

In dem Code (B) und (E) wird beleuchtet, welche Stillempfehlungen ausgesprochen werden, was verschiedenen Expertinnen und Experten, wie Pädiatern, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Stillberaterinnen, Kinderkrankenschwestern und Diätologinnen und Diätologen, bei ihrer Beratung wichtig ist und welche Unterschiede es in der Beratungsqualität der unterschiedlichen Berufsgruppen gibt.

In den Codes (AE) und (UE) wird beschrieben wie die Annahme der Empfehlung von Betroffenen tatsächlich ist beziehungsweise welche Abweichungen es in dem Verhalten der Betroffenen und den von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen gibt.

In dem Code (EE) wird beschrieben, welche Veränderung es den Befragten zufolge in den letzten Jahren beziehungsweise in der beruflichen Laufbahn der jeweiligen Expertin beziehungsweise des jeweiligen Experten gegeben hat.

Relevanz für die Forschungsfrage

Diese Kategorie hat für die Beantwortung der Forschungsfrage „Welche Meinungen und Vorstellungen von Stillempfehlungen gibt es bei Betroffenen?“ eine zentrale Bedeutung, da hier, wie oben bereits erwähnt, erläutert wird, welche Empfehlungen und Meinungen bezüglich des Stillens ausgesprochen werden. Außerdem helfen die Codes (AE) und (UE) die Subforschungsfrage „Wie werden die von Experten ausgesprochenen Empfehlungen von Betroffenen wahrgenommen und umgesetzt?“ zu beantworten. Die Codes (UE), (E) sowie (B) sind nützlich bei der Frage, welche Unterschiede bei differenten Meinungen zu Grunde liegen könnten.

Code: Beratung (B)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Inhalt der Beratung

Stillen sei laut Expertinnen und Experten wegen der zahlreichen Vorteile der Muttermilch für sowohl Mutter als auch Kind relevant. Folgende Vorteile wurden von den Befragten genannt, nämlich dass...

- die Muttermilch jederzeit verfügbar ist.
- es sich bei der Muttermilch um einen natürlichen Impfstoff handeln würde, welcher Immunglobuline enthält und es zu einer Übertragung von Antikörpern kommen würde.
- man sich viel Geld ersparen könne, wobei häufig erst dieses Argument die Betroffenen aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten wirklich zum Stillen motivieren würde.
- Muttermilch in Bezug auf die ernährungsphysiologische Beschaffenheit gegenüber der Flaschennahrung eine für den Säugling vorteilhaftere Zusammensetzung habe. Ein körpereigenes Produkt wie die Muttermilch, welches sich in der Schwangerschaft speziell an die Bedürfnisse des Säuglings

anpasst, könne nicht in derselben Qualität als Massenprodukt hergestellt werden.

- das Stillen sowie die Stillförderung eine in Bezug auf die Kinder- und Frauengesundheit erfolgreiche Präventionsmaßnahme für beispielsweise Adipositas und Allergien darstelle. Somit sei das Stillen letztendlich eine Maßnahme zur Vermeidung von Morbidität und stelle ein relevantes gesundheitspolitisches Thema dar. Aus Sicht eines Experten wären sich viele Frauen der Vorteile des Stillens nicht bewusst, da viele Frauen nicht explizit auf diese hingewiesen werden würden. Frauen, welche prinzipiell nicht stillen wollen, gebe es nur zu einem Anteil von ein bis zwei Prozent.
- durch das Stillen das Risiko für Brustkrebs bei der Mutter gesenkt werde.
- das Stillen zu einer rascheren Rückbildung der Gebärmutter beitrage.
- es durch das Stillen zu einem geringeren Blutverlust nach der Geburt komme.
- das Stillen eine positive Kiefer- und Sprachentwicklung fördere, wodurch es zu weniger logopädischen Behandlungen und Zahnfehlstellungen bei Kindern komme.
- durch das Stillen die emotionale Bindung zwischen Mutter und Kind gefördert werde.
- gestillte Kinder...
 - weniger Erkrankungen und daher einen geringeren Medikamentenbedarf haben.
 - langfristig ein günstigeres Essverhalten und ein daraus gesenktes Risiko für Adipositas und eine geringere Insulinausschüttung haben.
 - ein geringeres Risiko für Allergien haben.
 - eine besser ausgebildete Darmflora und dadurch eine geringere Anfälligkeit für gastrointestinale Infektionen haben.

In Beratungen werde laut Angaben von Befragten außerdem erklärt, wie die Milchstimulation in den ersten Tagen am besten angeregt werde. Dies gelinge laut eines Befragten am besten, in dem das Neugeborene alle drei bis vier Stunden angelegt werde.

Ankerbeispiele:

„...also das kann man nicht nachstellen mit keiner chemischen Zusammensetzung und das hat halt einfach nur die Mama in sich. Zum Beispiel.“

„Ja genau, Stillen und Stillberatung sind ja die erfolgreichsten Präventivmaßnahmen, jetzt nicht nur weil es für die Kindergesundheit so wichtig ist, sondern auch für die Frauengesundheit.“

„Man kann die Leute auch immer erwischen, wenn man ihnen sagt, dass sie sich bis zu 170 Euro im Monat ersparen.“

„Also und auf positive Effekte des Stillens werden sie bestimmt nicht in dem Sinn irgendwo hingewiesen. Kann ich mir nicht vorstellen.“

Zeitpunkt und Umfang der Beratung

Beratung könne aus Sicht eines Befragten entweder bereits in der Schwangerschaft oder erst nach der Geburt im Wochenbett ansetzen.

Aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten liege der Beginn einer etwaigen Beratung im Ermessen der betreuenden Expertin beziehungsweise des betreuenden Experten. Laut Angabe eines Befragten könne das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Beratung von einer Woche bis zu zwei Jahren variieren.

Einige befragte Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass...

- Beratung jedenfalls im letzten Drittel der Schwangerschaft ansetzen solle.
- es wichtig sei, dass bei den Frauen bereits vor der Geburt Brustuntersuchungen vorgenommen werden und außerdem Gespräche über die Vorstellungen der Frauen zum Thema „Stillen“ stattfinden könnten.
- Informationen über die Bedeutung des Stillens und den Stillbeginn vermittelt werden sollten. Zum Beispiel sei anfangs nicht zwangsläufig nur der Hunger Grund für ein starkes Stillbedürfnis von Neugeborenen, sondern möglicherweise ebenso ein Streben nach Nähe zur Mutter.

- unmittelbar nach der Geburt gestillt werden solle und Beratung dahingehend relevant sei, dass der Milchflussreflex angeregt werde. Außerdem solle der natürliche Saugreflex der Kinder ausgenutzt werden.
- es wichtig sei, den Frauen Mut zu machen, dass das Stillen gelingen werde.
- gesunde Mütter und Kinder nicht voneinander zu trennen seien.
- Frauen bereits in der Schwangerschaft auf mögliche Komplikationen hinzuweisen seien.
- Stillen ein ständiges Lernen und Üben von Müttern und Kindern sei und daher nicht nur eine einzige Beratung stattfinde, sondern Beratungen immer wieder durchgeführt werden würden.
- kein genauer Zeitpunkt für ein Beratungsgespräch festgelegt werden könne, da die Beratung davon abhängen, ob das Neugeborene wach sei und Hunger habe.

Eine andere Expertin beziehungsweise ein anderer Experte konstatierte, dass die Zeitdauer eines Erstgesprächs bei mindestens 50 Minuten liege. In Erstgesprächen werde über...

- das Stillen an sich und die Bedeutung des ausschließlichen Stillens,
- die Anlegemethoden,
- die Anlegehäufigkeit,
- die Anlegedauer und
- die Brustpflege gesprochen.

Laut Angaben einer beziehungsweise eines Befragten sei das Erstgespräch für jede Mutter verpflichtend. Dieses würde in einem großen Krankenhaus in Wien von den Kinderkrankenschwestern übernommen werden. Laut Angaben anderer Befragter werde Beratung bezüglich des Stillens auch von anderen Berufsgruppen, wie

- Hebammen,
- Laktationsberaterinnen und Laktationsberatern,
- Kinderkrankenschwestern,
- Gynäkologinnen und Gynäkologen,
- Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie

- Geburtsvorbereitungskurse von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten durchgeführt.

Beratung nach der Geburt könne in Form einer ambulanten Stillberatung in Anspruch genommen werden, welche relevant werde, wenn die Mütter schon zu Hause sind.

Ankerbeispiele:

„Zuerst mal sagen wir ihnen, dass das Stillen gleich am Anfang, also nach der Geburt ganz, ganz wichtig ist.“

„Wie dann jede einzelne Frau das Stillen von der Hebamme vermittelt bekommt, ist dann auch Sache der Hebamme.“

„Wir warten mal bis das Kind da ist und dann konzentrieren wir uns total auf das.“

„Weil des is am ... a bissl a Diskrepanz, weil da viele kranke Kinder zur Welt kommen und kranke Mütter sind, wo mans nicht so lassen kann.“

Ist-Zustand der Stillberatung

- Es gebe laut Angabe eines Experten keine standardisierte Stillberatung. Daher sei die IBCLC - Ausbildung ein Versuch, eine standardisierte Beratung anzubieten.
- Stillberatung werde laut Angaben eines Experten in einem großen Krankenhaus in Wien ausgebaut.
- Jede Frau habe Anspruch auf eine Hebammenbetreuung, welche zu Hause stattfinde.
- Laut Angabe eines Experten würde jede Mutter Informationsbroschüren zur häuslichen Anschauung erhalten.
- Stillberatung solle immer wieder wiederholt werden, da das einmalige Mitteilen von Informationen nicht ausreiche. Außerdem würden damit die Frauen unterstützt und das Wissen besser verinnerlicht werden.

Ankerbeispiel:

„I sog jo den Frauen... Jede Frau hot an Anspruch auf a Hebammennachbetreuung, wenn sie innerhalb einer gewissen Zeit nach der Geburt heimkehrt.“

Relevanz der Stillberatung

Aus der Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten werde jegliche Form der Beratung, sei es Mutter- beziehungsweise Stillberatung oder ein Geburtsvorbereitungskurs für Frauen, erst relevant, wenn...

- Kinder ein gewisses Alter erreicht haben.
- die Einführung von Beikost zum Thema werde.
- beim ersten Kind keine guten Still Erfahrungen gemacht wurden, aber das Bedürfnis bestehe, das Stillerlebnis beim zweiten Kind zu optimieren.
- Probleme beim Stillen auftreten. Es habe sich gezeigt, dass Beratung von den Frauen oftmals erst in Anspruch genommen werde, wenn Probleme mit dem Stillen, wie zum Beispiel Mastitis aufgetreten sind.

Ankerbeispiel:

„[...] eher dann wenn sie beim ersten Kind keine so guten Still Erfahrungen gehabt haben, wenn sie dann zum zweiten Kind schwanger sind und sich vornehmen, dass sie gut stillen wollen, dass sie dann in der Schwangerschaft schon kommen für die Stillberatung.“

Kosten der Beratung

Laut Angaben von Expertinnen und Experten sei beziehungsweise seien...

- die Mutterberatung und die Familienhebammen in Wien gratis.
- für Stilltreffen ein kleiner Beitrag zwischen fünf und sieben Euro zu zahlen.
- im Hebammenzentrum von den Frauen ein kleiner Selbstbehalt zu leisten.

Ankerbeispiel:

„Beim Stilltreffen müssen sie ja einen kleinen Beitrag zahlen, aber die Mutterberatungsstelle ist eine Gratis - Einrichtung und die könnten alle kommen.“

Bedeutung des Wochenbetts

Expertinnen und Experten gaben an, dass...

- in Österreich zwischen 90 und 95 % der Frauen beginnen würden, ihr Neugeborenes zu stillen.
- es wichtig sei, Unterstützung und richtige Informationen im Wochenbett anzubieten, um die Stilldauer zu verlängern.
- im Wochenbett viel zur Stillförderung beigetragen und somit ein guter Grundstock für den weiteren Stillterfolg gelegt werden könne.

Ankerbeispiel:

„Also wir haben in Österreich eine sehr hohe Stillbereitschaft, also so 95 - 90% beginnen mit dem Stillen und dann ist so diese Information und Unterstützung ganz wichtig was im Wochenbett ist.“

Methode der Beratung

Laut Angaben der Expertinnen und Experten sei es wichtig, die Frauen nicht unter Druck zu setzen, über einen bestimmten Zeitraum hinweg stillen zu müssen.

Unerlässlich sei hingegen, den Frauen zu erklären, wie sie sich auf das Stillen vorbereiten, nämlich wie sie...

- Stillpositionen einnehmen.
- mit dem zu stillenden Kind umgehen.
- sich und dem Kind eine angenehme und effiziente Stillsituation ermöglichen könnten.

Die Bedeutung dieser Informationen sei damit zu begründen, dass ein Gelingen des Stillens die Stilldauer erhöhe.

Ankerbeispiel:

„[...] und dann natürlich je besser das Stillen funktioniert desto länger tun's damit dann.“

Beratungsqualität

- Die Qualität der Beratung hänge vom Ort der Betreuung und der Anzahl der Frauen, welche von einem Experten betreut werden, ab. Die optimale Anzahl der von einer Expertin beziehungsweise eines Experten gleichzeitig zu betreuenden Personen liegt aus Sicht eines Befragten zwischen zwei bis vier Frauen. Um eine Frau optimal betreuen zu können, müsse sich die betreuende Hebamme sowohl Zeit für die Frau als auch für das Kind nehmen.
- Die Qualität der Beratung unterscheide sich, ob diese zu Hause, oder in einem Krankenhaus stattfinde. Dies liege daran, dass zu Hause eine 1:1 - Betreuung stattfinden könne, welche bedeutet, dass eine Frau vor, während und nach der Geburt von ein und derselben Person betreut werde. Eine ideale Betreuung könne nur stattfinden, wenn die betreuende Person sowohl die Mutter als auch das Kind und den Partner kenne.
- Der Stillerfolg einer Frau hänge unter anderem von der Qualität der Beratung ab, vor allem, wenn es zu Schwierigkeiten kommt.

Ankerbeispiele:

„Und dann, ich sag immer, der Stillerfolg von den Frauen, hängt wirklich ganz stark davon ab, wie die Qualität der Beratung auch ist, wenn's schwierig ist.“

„[...] wenn man qualitativ hochwertig betreuen will, [...], sag ich mal seriöser Weise, einfach nur 2 oder 3, maximal 4 inklusive Neugeborene, [...] betreuen.“

„Da sind wir wieder bei dem Punkt, dass eine 1:1 vor, während und nach der Geburt von einer Person einfach das Ideale ist.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen

Gruppe der Stillenden:

Inanspruchnahme von Beratung

- Beratung vor der Geburt werde von vielen der befragten Frauen nicht in Anspruch genommen, da diesbezüglich kein Bedürfnis bestanden habe.
- Eine andere Frau war der Ansicht, dass je mehr Wissen sie sich aneigne, desto besser sei sie vorbereitet gegen schlechte Beratung.
- Stillberatung werde oft erst beim zweiten Kind in Anspruch genommen.
- Einige Frauen sind der Ansicht, dass für Erstgebärende eine gute Hebammenbetreuung wichtig sei. Das Problem sei, dass diese leistbar sein müsse, denn Kassenhebammen gebe es kaum.

Ankerbeispiele:

„[...]allein du bist durch eine Geburt gegen nichts geistig gewadmet. Schon gar nicht gegen, gegen, gegen Meinungen anderer.“

„Vor allem als Erstgebärende. Wenn man das erste Mal in der Situation ist. [...]. Die fantastisch ist, aber die man sich im Moment wirklich leisten muss.“

Wie wurde die Beratung erlebt?

- Einige der befragten Frauen gaben an, schlechte Beratung, vor allem von Seiten der Ärztinnen und Ärzte erfahren zu haben. Des Weiteren waren einige Frauen der Ansicht, dass Ärztinnen und Ärzte keine Experten für das Thema Stillen seien.
- Einige der Frauen gaben an, dass die von ihnen privat organisierte Hebamme die einzige Unterstützung während ihres Krankenhausaufenthalts gewesen sei.
- Privat bezahlte Hebammen seien allerdings laut Angaben der befragten Frauen teuer, was im Laufe der Interviews oft erwähnt wurde.
- Die Frauen gaben an, sich von Experten, wie Hebammen oder Stillberatern mit der IBCLC - Ausbildung, gut beraten gefühlt zu haben.
- Die befragten Frauen sagten, dass...

- die Betreuung während des Milcheinschusses und Stillbetreuung,
- die ständige, auch nächtliche Erreichbarkeit der Hebamme,
- das Geben von praktischen Tipps, wie das Herstellen kalter und warmer Wickel
- sowie das Abraten von Stillhütchen

gute Beratung sei.

- Frauen gaben an, dass Stillberatung bekräftigend und entängstigend sei.

Ankerbeispiele:

„Hat a gschaut wies mim Stilln geht. Also... die hat ma nämlich gholfn, net. Weil sonst hätt ma ja dort ja ah kaner wirklich gholfn.“

„Das sind zwei verschiedene Fragen. von Experten ja, von Ärzten nein, das sind nämlich keine Experten für das Thema stillen.“

Wie wurde der Krankenhausaufenthalt erlebt?

- Viele Frauen gaben an, im selben Krankenhaus unterschiedliche Empfehlungen und Meinungen zum Stillen erhalten zu haben, was zu großer Verunsicherung geführt habe. Ein Problem, dass dies forcieren, sei der Wechsel des Früh- und Spätdienstes im Krankenhaus. Demzufolge empfanden einige der befragten Frauen die Betreuung im Krankenhaus als ungünstig.
- Frauen haben die Erfahrung gemacht, dass sie selbst engagiert sein und nachfragen müssen, um Informationen zu erhalten.
- Manche Frauen gaben an, die Betreuung im Krankenhaus, beispielsweise in Niederösterreich als teilweise sehr gut und stillfreundlich empfunden zu haben. Hierzu zähle die Empfehlung, dass Frauen nach Gefühl und nach den Bedürfnissen des Kindes stillen sollten. Allerdings sei die Arbeitsweise in Hinblick auf die Einstellung zum Stillen teilweise zu dogmatisch.

- Es wurde von Frauen darauf hingewiesen, dass es individuell sei, wie Beratung empfunden werde. Auch hänge dies stark von der Person, von der man betreut wird und nicht von dem Krankenhaus per se ab.
- Es wurde von den teilnehmenden Frauen daraufhin gewiesen, dass die Kapazitäten der Krankenhäuser für die Anzahl der Geburten oft nicht ausreichend seien. Es gebe häufig zu wenig Personal und Platz, wodurch das anwesende Personal überfordert sei. Dadurch sei keine gute Betreuung möglich.
- Frauen gaben an, in Krankenhäusern von den Ärzten nicht auf positive Effekte des Stillens hingewiesen worden zu sein. Sie gaben an, eher gefragt worden zu sein, warum sie stillen würden.

Ankerbeispiele:

„Bei mir war das Hauptproblem, dass ja das halt Früh- und Nachtdienst gibt von die Hebammen und jede hat mir was anderes gesagt. [...] und am dritten Tag war ich so fertig mit die Nerven!“

„und da war so die Meinung nach Gefühl und wenn sie halt wach wird und, und quengelt und schreit dann herkommen, anlegen und...“

„...(F) ungünstig (F) nicht so gut... (F) Kommt drauf an wen man erwischt... (F) Ich glaub das is sehr individuell... (F) Ja! (F)... und kommt auf die Person an.“ [(F)... Stellen Aussagen verschiedener Frauen dar]

„Also manche schon fast ein bisschen zu dogmatisch. So du musst unbedingt und wenn du nicht sechs Monate stillst, dann bist du schlecht.“

Was hat den Frauen am meisten geholfen?

- Einige der befragten Frauen gaben an, dass die positive Bestätigung im eigenen Handeln ausschlaggebend für den weiteren Stillerfolg gewesen sei. Dies lege daran, dass durch viele unterschiedliche Beratungsansätze und Meinungen starke Verunsicherung bei den Frauen zu beobachten ist.

- Individuelle Beratung sei laut Angaben der Frauen wichtiger als starre Empfehlungen.

Ankerbeispiel:

„Und mich dann halt bestätigt hat in dem was ich tu und das war einfach ahm ziemlich ausschlaggebend dann für den weiteren Stillterfolg.“

Durch wen fand Beratung statt?

- Eine Beratung durch eine Gynäkologin beziehungsweise einen Gynäkologen fand laut Aussagen der befragten Frauen durchwegs nicht statt. Dies sei laut Angaben der Frauen nicht zu bemängeln.
- Einige Frauen scheinen der Ansicht zu sein, dass die Gynäkologin beziehungsweise der Gynäkologe nicht verpflichtet sei, sich mit dem Stillen zu befassen. Daher wäre es ihnen laut eigenen Angaben nicht eingefallen, die oder den Gynäkologen nach seiner Meinung zum Stillen zu fragen.
- Ähnliche Angaben machten die Frauen die Kinderärztin oder den Kinderarzt nach seiner Meinung zum Stillen oder zur Beikostgabe um Rat zu fragen. Es scheint vor allem dann kein Bedürfnis zu bestehen, wenn sie sich anderweitig fortbilden, wie zum Beispiel durch Stillgruppen.
- Frauen gaben an, dass ihnen die Betreuung durch Laktationsberaterinnen Sicherheit gegeben habe.

Ankerbeispiele:

„...Also i hab net des Gefühl, dass der, dass der Gynäkologe verpflichtet ist der is für die Schwangerschaft da... vielleicht noch für die Geburt,...“

„Mit dem hab ich mich auch nie übers Stillen unterhalten. Also... auch über Beikostgabe oder so. Das hab ich mit dem Kinderarzt gar nicht besprochen [...]“

Wie bereiten sich Frauen auf das Stillen vor?

Viele Frauen scheinen in der Schwangerschaft die Einstellung zu haben, dass das Stillen einfach funktionieren werde. Dies sei der Grund, weshalb keine Beratung in Anspruch genommen werde.

Ankerbeispiel:

„Also...Weil ich gedacht hab, das geht dann schon...“.

Schwangerengruppe

Die Teilnehmerinnen der Fokusgruppe gaben einstimmig an, noch keine Beratung in Anspruch genommen zu haben. Eine Teilnehmerin ist der Ansicht, dass die Inanspruchnahme von Beratung zusammen mit dem Partner gut wäre.

Code: Empfehlung (E)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Was wird empfohlen?

- In jedem Experteninterview kam die nachfolgend angeführte Empfehlung vor:

Jede Frau solle sechs Monate ausschließlich und nach Bedarf, also ad libitum, stillen sowie bis zu einem Jahr und darüber hinaus beziehungsweise solange es für Mutter und Kind angenehm ist, weiterstillen. Mit etwa sechs Monaten solle eine langsame und fließende Einführung von Beikost unter dem Schutz des Stillens, erfolgen. Einige Experten wiesen darauf hin, dass dies der aktuellen WHO - Empfehlung entspräche.
- Eine andere Expertin beziehungsweise ein anderer Experte fügte hinzu, dass jede Frau ein halbes Jahr ausschließlich stillen und danach auf die Zeichen beziehungsweise den Entwicklungsstand des Kindes achten solle, um mit der Beikost zu beginnen. Eine Mutter solle aus Sicht einer Expertin oder eines Experten auf folgende Zeichen Rücksicht nehmen, nämlich...
 - die Fähigkeit des Kindes aufrecht sitzen können.

- der kindliche Verlust des Zungenstoßreflexes.
 - die Bereitschaft des Kindes Beikost konsumieren zu wollen.
- Eine andere Expertin oder ein anderer Experte ist der Ansicht, dass der Zeitraum des Stillens flexibel gehalten werden solle. Daher empfehle dieser, ein halbes Jahr bis Jahr zu stillen, damit für Mütter und Kinder Individualität gewährleistet werden kann.
- Eine Expertin oder ein Experte führte die Einführung der Beikost detaillierter aus, indem sie oder er konstatierte, dass im zwei - bis vier - Tage - Rhythmus ein neues Lebensmittel eingeführt werden solle.
- Die Empfehlung mancher Kinderärztinnen und Kinderärzte sei laut Aussage einiger befragter Expertinnen und Experten, dass Mütter nicht mehr wie bisher sechs Monate ausschließlich stillen sollten, sondern nur noch vier Monate. Die Änderung der Empfehlung käme daher, dass dies in verschiedenen Fortbildungsveranstaltungen derart vermittelt werde. Demnach solle schon im Alter von vier Monaten mit der Einführung von Beikost beziehungsweise diverser Formulaprodukte begonnen werden. Diese Empfehlung werde auch von namenhaften österreichischen Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie von Babynahrungsherstellern, welche laut einiger Expertinnen und Experten zu suggerieren versuchen, dass eine junge Mutter möglichst früh wieder selbstständig sein solle, empfohlen.
- Stillen sei die beste Nahrung für den Säugling, sei jeder anderen Nahrung vorzuziehen und werde daher in den für diese Erhebung befragten Krankenhäusern in Wien gefördert und empfohlen.
- Eine andere Expertin oder ein anderer Experte empfiehlt zur Muttermilch nicht zuzufüttern, keinen Schnuller zu geben, das Kind oft anzulegen, Mutter und Kind nicht zu trennen sowie auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen.
- In der Stillzeit werde von einer Expertin oder einem Experten empfohlen, alles, bis auf Alkohol und Nikotin, zu konsumieren worauf die Stillende Lust habe.
- Eine Expertin oder ein Experte wies darauf hin, dass manche Kinderärztinnen und Kinderärzte, Frauen empfehlen würden, bei Babykoliken auf ein

Antikolikformula vom Stillen umzustellen. Diese falsche Empfehlung ist auf den teilweise unter Kinderärztinnen und Kinderärzten vorliegenden, enormen Informationsmangel in Bezug auf das Stillen und die Einführung von Beikost zurück zu führen, denn Babykoliken seien kein Grund Säuglinge vom Stillen zu entwöhnen.

- Eine Expertin oder ein Experte wies darauf hin, dass in anderen Ländern, wie zum Beispiel Griechenland, die Empfehlungen zu Beikost anders lauten würden als in Österreich. Welche Lebensmittel als erste Beikost gegeben werden, hänge stark von den traditionellen und greifbaren Nahrungsmitteln des jeweiligen Landes ab, so werde in Griechenland beispielsweise der Konsum von Melone in die erste Beikost integriert.

Ankerbeispiele:

„Die Kinderärzte klären Großteils derzeit so auf, dass die Mutter vier Monate stillen soll/muss, ja.“

„Das wird ihnen teilweise von den Herstellerfirmen so vermittelt, dass ja dann die Mutter wieder selbstständig sein soll.“

„Wie soll ich da sagen, ein halbes Jahr bis Jahr gibts die Empfehlungen, dass ma Stillen soll, ja mindestens.“

„Also Stillen ist sicher jeder anderen Nahrung den Vorzug zu geben.“

„Also ich sag oft zu den Frauen, schauns lieber auf das Kind statt auf die Uhr.“

„Man sagt ihnen an und für sich 6 Monate ausschließlich zu stillen und darüber hinaus, solange Mutter und Kind es möchten.“

„Jedes Land hat andere Beikost ah... sind auch sehr traditionell wies, wies... was halt grad da für Nahrungsmittel dort greifbar sind.“

„Der eine hat Koliken, ganz normale Babykoliken. Deswegen wird er vom Kinderarzt auf ein Formula umgestellt, auf ein Antikolikformula vom Stillen. So was passiert jeden Tag.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Gruppe der Stillenden:

Die Teilnehmerinnen gaben an, unterschiedliche Empfehlungen und Meinungen in einem Krankenhaus, wie die Notwendigkeit, dass...

- ein Stillplan beziehungsweise keiner zu erstellen sei,
- feste Stillintervalle eingehalten werden sollen,
- das Neugeborene vor und nach dem Stillen zu wiegen sei,
- ein Kind an jeder Brust zwanzig Minuten trinken solle,
- ein Kind immer anzulegen sei, wenn es wach ist, beziehungsweise gestillt werden möchte,
- zwischen jeder Stillmahlzeit drei Stunden beziehungsweise laut einer anderen Empfehlung zwei Stunden Pause einzuhalten seien,
- dem Kind ein Stillrhythmus beizubringen sei,
- das Kind im Alter von vier Wochen nach jeweils zehn Minuten das Stillen abgeschlossen haben solle,

gehört zu haben.

Weitere Empfehlungen beziehungsweise Aussagen waren aus Sicht der Teilnehmerinnen, dass...

- die Blähungen und damit das viele Schreien des Kindes vom Stillen kämen.
- weniger Dörripflaumen zu essen seien, damit die Blähungen des Kindes nachlassen würden.
- gestillte Kinder alle verwöhnt seien.
- sich jede Frau für sich aus den unterschiedlichen Meinungen das Beste und Wichtigste herausholen solle. Manche Frauen gaben an, dass nicht nur von Ärztinnen und Ärzten, sondern von dem gesamten Krankenhauspersonal unterschiedliche Meinungen vertreten werden würden.

Anmerkungen der Frauen zu den von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen waren, dass...

- häufig sehr theoretische Aussagen gemacht werden würden, die sich im täglichen Leben als wenig relevant erwiesen. Dabei sei neben der Umsetzbarkeit der ausgesprochenen Empfehlungen das Problem, dass viele unterschiedliche Meinungen und Theorien von Expertinnen und Experten vertreten werden würden.
- niemand die Frauen über die Risiken des Nicht - Stillens aufklären würde. Das Stillen beziehungsweise die Muttermilch müsse im Gegensatz zur Flaschennahrung immer beweisen, wie gut sie ist.

Ankerbeispiele:

„Bezüglich Zeiten. Quasi du musst schon schauen, dass du drei Stunden Pause zwischen den einzelnen Stillmahlzeiten hinkriegst[...]“

„Also das Schreien, die drei Monatskoliken und die Blähungen des is alles vom Stillen, gib ihr vielleicht ein Flascherl dann wird's besser.“

„Kein Mensch informiert die Mütter über das Risiko von Nicht-Stillen. Das Stillen muss immer erst beweisen wie gut es ist, im Gegensatz zur Flaschennahrung.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Schwangerenfokusgruppe keine Ergebnisse zu dem Code „Empfehlung“ erhoben werden.

Code: Annahme der Empfehlung (AE)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Aussagen kamen unter den Expertinnen und Experten vor:

- Die Annahme der Frauen von den von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen sei unterschiedlich. Dies liege daran, dass in Krankenhäusern ein breites Spektrum an Frauen zu betreuen sei.

- So hänge die Annahme und Umsetzung der Empfehlung aus Sicht einer anderen Expertin oder eines anderen Experten von vielen Faktoren, wie...
 - dem Kind selbst,
 - der Bereitschaft der Mutter
 - und dem Ablauf der Geburt

ab.

- Eine Expertin oder ein Experte meinte, dass aus Studien bekannt sei, dass die Meinung der Ärztin und des Arztes den höchsten Stellenwert für Betroffene habe. Auch wären die Empfehlungen der Krankenschwestern wichtig für die Frauen. Die Meinung der Expertinnen und Experten sei jedenfalls wichtiger als die Meinung von Verwandten und Bekannten.
- Generell wären schwangere und stillende Frauen aus Sicht einer Expertin oder eines Experten sehr empfänglich für Informationen.
- Empfehlungen würden aus Sicht einer Expertin oder eines Experten umgesetzt werden, weil Frauen merken würden, dass die Umsetzung eine Verbesserung ihrer Situation, wie...
 - das hörbare Schlucken des Kindes,
 - weniger Schmerzen während des Stillens,
 - die vollständige Entleerung der Brust,
 - das Erlernen selbstständig eine gute Stillposition einzunehmen sowie
 - das Verschwinden von Knoten in der Brust,

bewirken würde.

- Eine andere Expertin oder ein anderer Experte gab an, die schwangeren Frauen auf die aktuellen Stillempfehlungen hinzuweisen, jedoch werde dies nicht von allen Betroffenen positiv aufgenommen. Dies äußere sich darin, dass die Frauen sich die Informationen nicht merken würden, was vermutlich daran liege, dass das Stillen sie zu dieser Zeit noch nicht betreffe. Viele Frauen würden sich nur bis zur Geburt, aber nicht weiter Gedanken machen und die von Experten ausgesprochenen Stillempfehlungen irrelevant empfinden.

- Frauen bräuchten beziehungsweise hätten die Beratung und Unterstützung gerne, wenn sie unmittelbar in der Situation seien, ihr Kind stillen zu wollen.
- Diese Expertin oder dieser Experte gab an, dass er es selten erlebt habe, dass Schwangere einen großen Informationsbedarf oder Interesse bezüglich des Stillens hätten beziehungsweise sich bereits selbst Informationen über das Stillen beschafft hätten. Dies äußere sich darin, dass im Zuge des von dieser Expertin oder diesem Experten abgehaltenen Geburtsvorbereitungskurses wenig nachgefragt werde.
- Es bestehe von Seiten der Frauen häufig die Annahme, dass das Stillen von sich aus funktionieren werde. So meinte eine andere Befragte oder ein anderer Befragter, dass es nicht am mangelnden Geld der Frauen liege, wenn keine Beratung in Anspruch genommen werde.
- Es mache aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten einen Unterschied für die Annahme und Umsetzbereitschaft der Empfehlungen, ob die Beratung freiwillig in Anspruch genommen werde oder nicht. Bei freiwillig in Anspruch genommenen Beratungen kämen viele Fragen und die Umsetzbereitschaft sei hoch. Wenn diese allerdings zum Beispiel im Zuge einer ärztlichen Untersuchung aufgezwungen werde, sei die Akzeptanz eher schlecht.
- Frauen die in die Mutterberatung oder Stillgruppe kämen, wären aus Sicht einer Expertin oder eines Experten jene Frauen, die ohnehin gerne beraten werden möchten und eine Fachfrau beziehungsweise Gleichgesinnte suchen, mit welchen ein Austausch möglich sei. Diese Expertin beziehungsweise dieser Experte gab an, kaum mit Frauen zu tun zu haben, welche kein Interesse zeigen würden. Es sei etwas anderes in einer Schwangerenambulanz zu arbeiten, denn dort gebe es viele Frauen, die kein Interesse an einer Stillberatung haben würden.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte war der Ansicht, dass viel Mundpropaganda notwendig sei, damit Frauen Stillgruppen besuchen würden.

Ankerbeispiele:

„Da hab ich mir gedacht: „Wow!“ Ich dring noch weniger zu ihnen durch, als ich’s eigentlich gedacht hab. Also das is bei uns Standard. Ja! Sie werden bei uns darauf hingewiesen.“

„Ja sie kriegen einfach nicht alles mit. Jede nimmt irgendwas mit für sich und das passt dann auch!“

„Also insofern glaub ich, die Empfehlungen im Spital mit den Ärzten und den Schwestern ist sehr wichtig.“

„[...] Oft is einfach so bis zur Geburt und dann... wird’s schon irgendwie gehen.“

„Ähm...die Frauen, die in die Mutterberatung kommen und in die Stillgruppe kommen, das sind alles Frauen die gerne beraten werden möchten.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Annahme der Empfehlungen“ erhoben werden.

Code: Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung (UE)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Unterschiede zwischen Empfehlung und Umsetzung wurden von den Expertinnen und Experten identifiziert, nämlich (dass)...

- es bei vielen Frauen ein großes Informationsdefizit bezüglich des Stillens gebe. Dieses äußere sich dadurch in dem häufig zu früh abgestillt werde. Viele Stillprobleme würden laut Aussage einer Expertin oder eines Experten mit der Gabe von Flaschennahrung gelöst werden. Die Expertin beziehungsweise der Experte wies daraufhin, dass bei einem Gewichtsverlust von 10 % des Geburtsgewichts in den ersten drei Lebenstagen des Neugeborenen, zu gefüttert werden müsse.

- die Umsetzung von Empfehlungen Frauen leichter falle, wenn sie wissen würden wofür dies gut sei.
- es ein falsches Verständnis von Seiten mancher Hebammen gebe. Dies äußere sich, indem manche Hebammen den Frauen empfehlen würden, sich und dem Neugeborenen Ruhe zu gönnen und anfänglich viel zu schlafen, um sich von dem Druck, stillen zu müssen, zu distanzieren. Die Expertin oder der Experte gab zu bedenken, dass auch, wenn Kinder in den ersten zwei oder drei Tagen viel schlafen würden, der Milcheinschuss bei den Frauen eintreten würde.
- eine Expertin beziehungsweise ein Experte habe die Erfahrung gemacht, dass vor allem wenig informierte und junge Mütter, ohne lange zu überlegen, das Stillen aus einem Reflex heraus richtig machen würden.

Ankerbeispiele:

„Wenn ich nur sag sie muss immer aufwecken und stillen und ihr keine Erklärungen geb dafür wozu das gut ist, dann haben die Frauen das Gefühl, sie werden da unter Druck gesetzt und alle reden nur vom Stillen.“

„Aber da geht's eben darum, die Frauen so in den ersten 2, 3 Tagen dazu anzuleiten, dass sie häufig stillen sollen und drauf achten sollen, dass das Kind wirklich gut angelegt ist und gut saugt und das ist manchmal sehr anstrengend auch für die Frauen, nicht.“

„Milcheinschuss kommt früher auch ein bissl, wenn die häufiger angelegt werden und die Kinder werden weniger gelb und nehmen weniger ab und man muss weniger zu füttern.“

„Das sind oft viele Einzelheiten, oft ist es so, dass sie es aus dem Reflex heraus machen ohne lang zu überlegen machen sie's ganz richtig, aber je mehr sie sich drüber Gedanken machen, umso mehr Kleinigkeiten kommen dann, die einfach nicht passen.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Unterschied zwischen Empfehlung und Umsetzung“ erhoben werden.

Code: Entwicklung der Empfehlungen (EE)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Der Großteil der Befragten gab an, dass es Entwicklungen der Empfehlungen bezüglich des Stillens und der Einführung von Beikost während der beruflichen Laufbahn gegeben habe. Nur einer der Befragten war der Ansicht, dass es während der beruflichen Laufbahn zu keinen Änderungen in den Stillempfehlungen gekommen sei. Demzufolge sei Stillen immer empfohlen worden. Häufig seien Änderungen in den Empfehlungen keine wissenschaftlich fundierten Aussagen, sondern mündlich überlieferte Ansichten, wie eine Expertin beziehungsweise ein Experte zu bedenken gab. Dieser beziehungsweise diese wies darauf hin, dass es auch von Seiten der Wissenschaft und Forschung immer wieder neue Erkenntnisse gebe. Ein Befragter war der Ansicht, dass sich Empfehlungen in den letzten 25 Jahren immer wieder verändert hätten. Ein anderer Befragter, welcher seit 2003 in dem Bereich der Stillförderung tätig ist, gab ebenfalls an, dass es seitdem regelmäßig Änderungen in den Empfehlungen gegeben habe. Vor zwei Jahren hätte es laut Aussage dieser Expertin beziehungsweise dieses Experten ein weitreichendes Umdenken in Bezug auf Stillempfehlungen gegeben.

In den 80er Jahren soll laut den Erfahrungen eines Befragten das Stillen verpönt gewesen sein. Zu diesem Zeitpunkt wäre die künstliche Nahrung auf den Markt gekommen und die Frauen waren der Ansicht, dass diese sehr praktisch sei. Nun gehe dieser Trend um Babyfertignahrung aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten wieder in eine andere Richtung, nämlich dass dem Säugling nichts Besseres als die eigene Muttermilch gegeben werden könne.

Es gebe außerdem laut Aussage zweier Expertinnen oder Experten von den Kinderärzteordinationen regelmäßig neue Empfehlungen.

Einige Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass es von Seiten der WHO - Empfehlungen keine Veränderungen in den Empfehlungen gegeben habe. Diese habe demzufolge immer besagt, sechs Monate ausschließlich zu stillen.

Ein anderer Befragter meinte allerdings, dass die Empfehlung der WHO früher gelautet habe, vier bis sechs Monate ausschließlich zu stillen. Diese sei 2002 oder 2003 auf die Empfehlung sechs Monate ausschließlich zu stillen, geändert worden. Diese Empfehlungsänderung rühre daher, dass die WHO damals begonnen habe, die kindliche Entwicklung, wie zum Beispiel die Verdauung, zu untersuchen. Im Zuge dessen habe die WHO herausgefunden, dass Kinder erst ab einem Alter von sechs Monaten in der Lage seien Stärke zu verdauen und es daher nicht sinnvoll sei, schon früher mit der Einführung von Beikost zu beginnen. Außerdem können Kinder erst ab einem Alter von sechs Monaten aufrecht sitzen und würden auch dann erst Interesse an herkömmlicher Nahrung zeigen. Dieses Wissen zu transportieren habe aus Sicht dieses Befragten lange gedauert.

In den neuen Empfehlungen der ESPGHAN stehe laut Aussage einer Expertin beziehungsweise eines Experten, dass es für die Gesundheit des Kindes ideal wäre, sechs Monate ausschließlich zu stillen. Der Beginn mit Zusatznahrung solle frühestens ab der 17. Woche und unbedingt ab der 26. Lebenswoche des Kindes erfolgen. Dies werde von den Kinderärztinnen und Kinderärzten so interpretiert, dass früher zugefüttert werden solle, als bislang empfohlen worden sei.

Aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten habe es einen Boom gegeben, dass alle Frauen stillen müssten, danach hätte es wieder einen Trend in die andere Richtung gegeben. Dieser Expertin oder diesem Experten zufolge sei man momentan an einem Mittelmaß angelangt, denn heutzutage sei Stillen, außer ab einem gewissen Alter des Kindes, nämlich circa ab einem Jahr, gesellschaftsfähig und kein Tabuthema mehr. Eine Expertin oder ein Experte meinte, dass manche Frauen ein Problem damit hätten, in der Öffentlichkeit zu stillen, da diese in Einzelfällen aufgefordert wären, sich zum Stillen des Kindes zurückzuziehen.

Themen in welchen es aus Sicht der Expertinnen und Experten zu Änderungen in den Empfehlungen gekommen sei, sind:

- die Anlegedauer, Anleghäufigkeit sowie Anlegemethoden.
- die Methodik der Stillberatung beziehungsweise die Arbeitsweise. Als Beispiel wurde genannt, dass den Frauen vor 25 Jahren empfohlen worden sei, die Säuglinge am ersten Tag nach der Geburt nur fünf Minuten an jeder Brust saugen zu lassen. Dies würde aus Sicht dieses Befragten heute niemand mehr empfehlen.
- der Zeitpunkt der Zufütterung. Früher wurde laut den Erfahrungen einer oder eines Befragten, nachdem der Säugling an der Brust getrunken habe, mit der Flasche zugefüttert. Die Kinder hätten allerdings keine Milch bekommen, sondern Tee. Die Expertin beziehungsweise der Experte meinte, dass die Stillrate zu dieser Zeit sehr hoch gewesen sei. Heute sei die Empfehlung im Gegensatz dazu, dass auf keinen Fall, egal ob Flüssigkeiten oder Breie, zugefüttert werden solle, da dies bei den Säuglingen zu einer Saugverwirrung führe.
- die Weitergabe von Stillempfehlungen an Dritte. Die aktuellen Stillempfehlungen beziehungsweise die Veränderungen der Empfehlungen würden in Form einer Informationsbroschüre an die Mitarbeiter und anschließend an die Frauen weitergeleitet werden. Des Weiteren wurden früher aus Sicht einer Expertin oder eines Experten gar keine Empfehlungen bezüglich der Dauer des ausschließlichen Stillens ausgesprochen.
- die Einführung von Beikost. Laut Einschätzung einer oder eines Befragten entstanden mit der Einführung der Beikostrichtlinien auch wechselnde Meinungen zum Stillen. Die Richtlinien seien erstmals vor zwei Jahren durch die Europäische Gesellschaft für Kinderernährung definiert worden. Früher soll die Empfehlung beziehungsweise die Lehrmeinung über das Stillen gelautet haben, dass das ausschließliche Stillen vier bis sechs Monate betragen solle. Nach den vier bis sechs Monaten des ausschließlichen Stillens solle ein bestimmtes Schema der Einführung von Beikost erfolgen.

Eine andere Expertin oder ein anderer Experte ist im Zuge des Interviews auf das Schema der Beikost Einführung eingegangen. Dieses habe früher besagt, es solle nach den sechs Monaten des ausschließlichen Stillens jeweils ein neues Lebensmittel pro Woche eingeführt werden. Aus heutiger Sicht solle mit der Einführung von Beikost bereits im dritten oder vierten Monat begonnen werden. Außerdem müsse nicht mehr, wie bisher, eine Woche gewartet werden, sondern es könne schon nach ein paar Tagen Wartezeit ein neues Lebensmittel eingeführt werden. Die Meinung einiger befragter Expertinnen und Experten sei nach wie vor, dass ausschließliches Stillen bis zum sechsten Lebensmonat des Kindes zu empfehlen sei.

- die Entstehung von Allergien. In Verbindung mit der Stlldauer und der Entstehung von Allergien gebe es laut Aussage einer Expertin beziehungsweise eines Experten Entwicklungen in den ausgesprochenen Empfehlungen. Ursprünglich hieß es, es solle zur Allergieprävention ein halbes Jahr gestillt werden. Später lautete die Empfehlung, es solle ein Jahr gestillt werden, um Allergieentstehung zu vermeiden. Dann habe es geheißen, dass es für die Allergieprävention egal sei, wie lange gestillt wird.
- die Empfehlungen zur Kuhmilchgabe im ersten Lebensjahr des Kindes. Hier sei aus Sicht einer oder eines Befragten keine einheitliche, evidenzbasierte Meinung gegeben. Die „alte“ Empfehlung, es solle auf keinen Fall Kuhmilch im ersten Lebensjahr gegeben werden, sei revidiert worden.

Auch aus Sicht einer oder eines anderen Befragten habe es in der Empfehlung zur Kuhmilchgabe einen Paradigmenwechsel gegeben. Die Empfehlung lautete früher, es solle keine Kuhmilch im ersten Lebensjahr gegeben werden. Mittlerweile sei laut dieser Expertin beziehungsweise diesem Experten bekannt, dass es für derartige Empfehlungen keine Grundlage gebe, denn geringe Mengen an Kuhmilch, wie sie zum Beispiel in einem Kartoffelpüree enthalten wären, würden Kindern nicht schaden, sondern zur Allergieprävention beitragen. Größere Mengen an Kuhmilch würden hingegen einerseits zu einer Proteinüberlastung und andererseits zu Darmblutungen

führen. Dahingehend sei eine größere Menge an Kuhmilch, wie etwa ein ganzes Fläschchen für Kinder, ungeeignet.

- die Einführung von Gluten. Dieses könne unter dem Schutz des Stillens beziehungsweise mit Stillbetreuung ebenfalls frühzeitig eingeführt werden. Eine andere Expertin beziehungsweise ein anderer Experte erwähnte, dass die neuen Beikostrichtlinien besagen würden, dass Gluten bereits zwischen dem dritten und vierten Lebensmonat des Kindes eingeführt werden solle. Konkret hieße dies, dass minimale Mengen von Getreide in Form von Biskotten, Brotrinde oder dergleichen in dem oben genannten Zeitraum eingeführt werden könnten. Des Weiteren meinte diese Expertin beziehungsweise dieser Experte, wenn die Glutenbelastung in diesem Alter erfolge, habe dies positive Effekte auf die Prävention von Zöliakie.
- die Einführung von Eiern, Fisch und Nüssen. Aus Sicht einer oder eines Befragten lautete die Empfehlung auch bei diesen Lebensmitteln, diese nicht im ersten Lebensjahr in die Ernährung des Kindes zu integrieren. Aus Sicht einer oder eines Befragten wurde dies bei Nüssen deshalb ausgesprochen, da einerseits Aspirationsgefahr bestünde und andererseits gehe von Nüssen ein hohes Allergiepotential aus.

Durch eine genauere Betrachtung der Ernährung norwegischer Kinder, welche als erste Beikost Fisch bekommen würden, aber trotzdem nicht mehr Allergien auftraten als beispielsweise bei österreichischen Kindern, sei man zu der Erkenntnis gekommen, dass Fisch nicht das Allergiepotential habe, welches ihm lange Zeit zugesprochen wurde. Ähnlich verhalte es sich mit der Gabe von Ei im ersten Lebensjahr.

Die beziehungsweise der Experte ist der Ansicht, dass die alten Empfehlungen der oben genannten Lebensmittel auf Aberglauben und nicht auf evidenzbasierten Grundlagen basieren.

- die Einführung von Sojaprodukten in die Ernährung des Kindes. Auch bei Sojaprodukten kam es laut Aussage einer oder eines Befragten zu Änderungen in den Empfehlungen. So habe man früher Sojamilch als Ersatz für Kuhmilch

und als einen Vorteil in der Allergieprävention angepriesen. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft sei das Gegenteil der Fall. Heute werde empfohlen, dass minimale Gaben an Sojaprodukten nach dem sechsten Lebensmonat kein Problem darstellen, aber auf keinen Fall als Muttermilch-, beziehungsweise Kuhmilchersatz zu verwenden seien.

Einige befragte Expertinnen und Experten prognostizieren, dass es in den nächsten Jahren wieder Änderungen in den Empfehlungen geben werde.

Ankerbeispiele:

„Also vor 20 Jahren noch wars eben ganz anders oder sagen wir vor fast 30 Jahren eigentlich. In den 80er Jahren war das Stillen eher verpönt was ich weiß.“

„Früher hat man wahrscheinlich gar keine Empfehlungen gegeben wie lange ausschließliches Stillen sein soll.“

„[...] bei der WHO diese Entwicklung des Kindes, also jetzt auch von der Verdauung her, dass es circa erst ab dem sechsten Monat fähig ist Stärke zu verdauen, der Darm, wenn man ihn lässt.“

„Also i hab no immer die Meinung ein halbes Jahr voll stillen ist gut für die Kinder. Es gibt immer Auf und Abs. Des is so in der Geburtshilfe.“

„Weil ahm wenn ma, wenn ma die Glutenbelastung hier einführt dann is des ah... hat des einen positiven Effekt auf die Prävention von Zöliakie und des is scho a Paradigmenwechsel auch in den Stillempfehlungen.“

„Also Fisch hat net des Allergiepotential das man ihm primär zugeteilt hat.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen-Diskussionen

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Entwicklung der Empfehlungen“ erhoben werden.

Zusammenfassung der Kategorie „Beratung durch Experten“

Bezüglich der allgemein ausgesprochenen Empfehlung bestand bei allen Befragten Einheitlichkeit, denn alle befragten Expertinnen und Experten würden den zu behandelnden Frauen empfehlen sechs Monate ausschließlich und nach Bedarf zu stillen, danach eine langsame Einführung von Beikost zu ermöglichen und weiter zu stillen bis zu einem Jahr beziehungsweise solange es Mutter und Kind möchten. Allerdings werde derzeit keine standardisierte Stillberatung angeboten. Dies betrifft unter anderem die Aufklärung über die Vorteile des Stillens und den Zeitpunkt sowie den Umfang der Beratung.

Die Stillenden meinten weder in der Schwangerschaft durch die Gynäkologin beziehungsweise den Gynäkologen, noch im Krankenhaus oder nach dem Verlassen des Krankenhauses durch die Kinderärztin oder den Kinderarzt gute Beratung erfahren zu haben. Als besonders negativ wurden von den Stillenden die unterschiedlichen Meinungen und Ratschläge der vermeintlichen Stillexpertinnen und Stillexperten im Krankenhaus hervorgehoben. Beispiele für unterschiedliche Beratungen waren Stillintervalle (nicht) einzuhalten, Stillpläne zu erstellen oder das Neugeborene vor und nach dem Stillen zu wiegen. Die von den Frauen privat organisierten Expertinnen und Experten, wobei hier die Stillberaterinnen - IBCLC und von diesen geleitete Stillgruppen hervorzuheben sind, wurden als große Hilfe und Unterstützung bezüglich des Stillens erlebt. Die befragten schwangeren Frauen haben einstimmig angegeben noch keine Beratung in Anspruch genommen zu haben beziehungsweise Informationen bezüglich des Stillens eingeholt zu haben.

Die Annahme und Umsetzung der Empfehlungen hänge von unterschiedlichen Faktoren, wie dem Kind und der Mutter selbst als auch dem Ablauf der Geburt ab. Die befragten Expertinnen und Experten sind unterschiedlicher Ansicht was die Empfänglichkeit der Frauen betrifft, denn die Einen meinen, dass Schwangere und Stillende eine sehr gut zu erreichende und empfängliche Zielgruppe für Informationen sind und die Anderen meinen, dass insbesondere schwangere Frauen zu dieser Zeit keine Informationen zum Stillen haben möchten. Außerdem besteht die Ansicht, dass

schwängere Frauen meistens in Bezug auf das Stillen wenig vorinformiert sind. Die Meinung der schwangeren und stillenden Frauen war hingegen, dass beim ersten Kind häufig kein Informationsbedarf besteht, was allerdings bereut wird, wenn hier keine guten Erfahrungen gemacht wurden. In der Schwangerschaft des zweiten Kindes wird die entsprechende Information eingeholt.

Aus Sicht der Expertinnen und Experten hat es in Bezug auf die Anlegedauer, Anlegehäufigkeit sowie Anlegemethoden, der Methodik der Stillberatung, der Einführung von Beikost und Entstehung von Allergien sowie der Empfehlungen zur Kuhmilchgabe, der Einführung von Gluten, Eiern, Fisch, Nüssen und Sojaprodukten, Änderungen in den Empfehlungen gegeben. Einige der Befragten sind der Überzeugung, dass es in den nächsten Jahren wieder Änderungen in den Empfehlungen geben werde.

Kategorie: Individuelle Einflussfaktoren

Beschreibung der Kategorie:

Die Kategorie „Individuelle Einflussfaktoren“ umfasst die Codes „Einflüsse auf das Stillverhalten (EaSV)“, „Industrie und Stillen (IS)“, „Druck (D)“, „Einfluss des Fachpersonals (EFP)“, „Einfluss soziodemographischer Faktoren (ESD)“, „Vorerfahrungen (VE)“, und den Code „Partner (P)“.

Jene Faktoren, welche Einfluss auf das Verhalten der Frauen nehmen, werden durch den Code (EaSV) einerseits aus Sicht der Expertinnen und Experten und andererseits aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer dargestellt.

In dem Code (IS) wird erläutert, welche Verflechtungen es zwischen der Industrie und den Expertinnen und Experten gibt, wie sich diese auf die ausgesprochenen Stillempfehlungen und letztendlich auf das Verhalten der Frauen auswirken und somit ihre Meinungen und Vorstellungen beeinflussen.

Durch den Code (D) wird aufgezeigt was aus Sicht der Expertinnen und Experten Frauen in Bezug auf das Stillen unter Druck setzt. In Form der Auswertung der

Fokusgruppeninterviews wird dargestellt, was die Betroffenen tatsächlich unter Druck setzt und sie somit in ihrem Denken und Handeln beeinflusst.

In den Codes (EFP) beziehungsweise (ESD) werden die Einflüsse durch das Fachpersonal sowie der Einfluss soziodemographischer Faktoren aus Sicht der Interviewpartner beschrieben.

In dem Code (VE) werden die von den Betroffenen gemachten Vorerfahrungen bezüglich des Stillens beschrieben. In der Diskussion soll darauf eingegangen werden, welchen Einfluss diese auf das Verhalten, die Meinungen und Vorstellungen der Frauen haben könnten.

In dem Code (P) wird geschildert welche und ob der Partner eine Rolle in dem Stillverhalten einer Frau hat.

Relevanz für die Forschungsfrage

Diese Kategorie dient zur Beantwortung der Forschungsfrage, da die Vorerfahrungen, der Partner, die soziodemographischen Gegebenheiten der Frauen und vieles mehr die Umsetzung der von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen beeinflusst. Auch werden die Vorstellungen der Frauen bezüglich des Stillens von den individuellen Vorerfahrungen, soziodemographischen Gegebenheiten und anderen hier beschriebenen Faktoren gesteuert.

Code: Einfluss auf das Stillverhalten (EaSV)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Allgemeine Einflussfaktoren auf das Stillverhalten seien aus Sicht der Befragten...

- die Angst, das Kind könnte verhungern, weshalb häufig zugefüttert werde. Diese Angst entstehe dadurch, dass manche Kinder zu Beginn sehr oft an der Brust saugen möchten und daher geglaubt werde, dass nicht genug Muttermilch vorhanden sei. Außerdem werde beim Stillen im Gegensatz zum

Fläschchen nicht ersichtlich wie viel das Kind getrunken habe. Dies verleite manche Frauen dazu, dem Fläschchen den Vorzug zu geben.

- Stress, da dieser zu einer Adrenalinausschüttung führt und so den Milchfluss stoppe.
- die individuelle Flexibilität, Geduld und Bereitschaft der Frau sich auf das Neugeborene einzulassen. Ein Stillrhythmus von Mutter und Kind könne sich auch erst nach Wochen einpendeln.
- Trends, wie beispielsweise jener in den 80er Jahren, als das Stillen verpönt gewesen sei und viele Frauen zugefüttert haben.
- der finanzielle Aspekt.
- die Meinungen des Umfeldes, wobei besonders jene der eigenen Mutter und des eigenen Partners eine große Rolle spielen.
- der gesellschaftliche Druck, stillen zu müssen. Aus der Sicht einer oder eines Experten käme es vor, dass Frauen sich im Krankenhaus nicht sagen trauen würden, dass sie nicht stillen wollen. So gebe es aus Sicht der Expertin oder des Experten Frauen, welche dem Krankenhauspersonal zu Liebe stillen und zu Hause das Fläschchen geben.
- die Werbung.
- der unerwartete große Aufwand durch das Stillen in der ersten Zeit sowie die Tatsache immer mit dem Kind unterwegs sein zu müssen. Die daraus entstehende Überforderung könne aus Sicht einer oder eines Experten dazu führen, dass schnell abgestillt werde.
- der Kulturkreis. Zum Beispiel suggeriere bei arabischen oder marokkanischen Frauen die Gabe von Flaschennahrung, dass Geld vorhanden sei und modern gelebt werde. Nicht zu stillen habe aus Sicht einer oder eines Befragten auch mit dem Selbstbild und Selbstwert einer Frau zu tun. So sei die Einstellung bei vielen Frauen, dass etwas, das gekauft werde, wertvoller sei als etwas, dass man selbst geben könne.
- die Einstellung der Entbindungsklinik bezüglich des Stillens.

- schlechte Vorerfahrungen bei älteren, vorherigen Kindern, bei welchen das Stillen nicht funktioniert habe sowie die Stillunfähigkeit der eigenen Mutter und Angst davor während des Stillens Schmerzen zu haben.

Eine Expertin beziehungsweise ein Experte meinte, dass sich Frauen am wenigsten durch Literatur beeinflussen lassen. Auch würde sich aus Sicht dieser oder dieses Befragten der Einfluss durch Literatur auf das Lesen von Artikeln im Internet beschränken. Wenig Einfluss bestehe hingegen durch das Lesen von Büchern, meinte die beziehungsweise der Befragte.

Auf die Frage, welche Faktoren Einfluss auf die Stilldauer nehmen, gab eine Expertin beziehungsweise ein Experte an, dass die Frage, ob ausschließlich gestillt oder ob zusätzlich zur Muttermilch zu gefüttert werde, eine größere Rolle spiele, als die grundsätzliche Frage, ob überhaupt gestillt werde. Die meisten Frauen würden aus Sicht dieser oder dieses Befragten mit dem Stillen beginnen, es würde sich lediglich die Stilldauer verkürzen, wenn zugefüttert werde.

Eine Expertin oder ein Experte machte darauf aufmerksam, dass jeder Tag beziehungsweise Monat, in welchem ausschließlich gestillt werde, für Mutter und Kind ein Gewinn sei.

Eine Expertin oder Experte meinte, oft gefragt zu werden, wie lange gestillt werden solle, worauf dieser antworte, dass die Stilldauer vom Belieben von Mutter und Kind abhängen. Wenn Mutter und Kind soweit wären, würden diese im Wunsch abzustillen, unterstützt werden. Des Weiteren wisse aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten keine Frau von Anfang an, wie lange sie stillen wolle. Dies hänge von der Situation ab, in der sich eine Frau gerade befinde.

Ankerbeispiele

„Der Partner auch irgendwo hat auch einen Einfluss, wie man merkt, auf die Mütter, weil man oft sieht, dass der Vater eher für Stillen ist als die Mutter, was a bissl überraschend ist.“

„Am wenigstens glaub ich vom Lesen her. Ich hab auch mal eine Umfrage gemacht bei den Frauen.“

„Ist ein gesellschaftliches Problem wahrscheinlich, der Druck ist vielleicht größer, dass man sich nicht sagen traut jetzt da im Spital, dass ich nicht stillen möchte [...]“

„Dann gibt’s Meinungen von außen, die sogn „Musst ja net stillen, es gibt eh genug Flaschennahrung“. [...] oder der Mann sagt „Brauchma des wirklich?“, dann wird leicht auf Flaschen umgestellt.“

„Die haben dann eher die Idee, dass wenn ich was kauf, dass das besser ist für das Kind, als das was man dem Kind selber geben kann. Also das hat sehr stark mit dem Selbstwert, Selbstbild auch zu tun.“

„Ich glaube dass das mehr eine Rolle spielt als stillen ja oder stillen nein, weil die meisten Frauen sagen sie wollen stillen.“

„[...] wenn sie jetzt 4 Monate ausschließlich stillen ist eh auch super, oder?! Ist auch schon gut.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Positiven Einfluss auf das Stillverhalten habe aus Sicht der Teilnehmerinnen...

- die Gesundheit des Kindes. Diese sei ausschlaggebend gewesen mit dem Stillen zu beginnen, da Muttermilch mehr Inhaltsstoffe als Säuglingsnahrung habe. Außerdem bedeute es für diese Mutter den wenigsten Aufwand und die meiste Flexibilität. Einige Teilnehmerinnen brachten die Vorteile des Stillens auf den Punkt, indem sie konstatierten, dass dies am unkompliziertesten, günstigsten, natürlichsten, praktischsten und gesündesten sowie für das Kind jederzeit verfügbar sei. Außerdem lerne man durch das Stillen auf die Bedürfnisse des Kindes zu hören. Einige Teilnehmerinnen gaben an, dass sie sich in der Entscheidung zu stillen vom „Bauchgefühl“ beeinflussen ließen. Eine

Teilnehmerin wies darauf hin, dass das Stillen nur dann praktisch sei, wenn man die ganze Zeit bei seinem Kind sein könne und nicht arbeiten müsse.

- die zusätzlichen Kosten, welche durch die Gabe von Säuglingsnahrung entstehe.
- die Möglichkeit, das Kind durch das Stillen beruhigen zu können.
- der Wille zu stillen. Einige Teilnehmerinnen gaben an, dass es zum Stillen keine Alternative gegeben habe.
- die Hebammen, Stillberatungen, Bekannte und der eigene Partner.

Negativen Einfluss auf das Stillverhalten habe aus Sicht der Teilnehmerinnen...

- Stillschwierigkeiten beziehungsweise Schmerzen, wie Brustentzündungen beim ersten Kind.
- der beim Stillen entstehende Stress.
- die Unsicherheit ausreichend Milch zu haben. Einige Frauen gaben an, von Verwandten oder Bekannten zu hören, dass zu wenig Milch vorhanden sein könnte. Diese Aussagen würden häufig dazu führen, dass nicht gestillt werde. Die Annahme, dass zu wenig Milch vorhanden sei, käme daher, dass Mütter beziehungsweise Großmütter bei sich selbst gedacht hätten, zu wenig Milch zur Versorgung der Kinder zu haben. Eine Teilnehmerin meinte, dass sie das Verfüttern von Säuglingsnahrung als normaler empfunden habe, als zu stillen, da sie dies von ihrer Familie derart vorgelebt bekommen habe.
- die Akzeptanz der Stillsituation. Eine Frau gab an, in der ersten Zeit unglücklich gewesen zu sein, da ihr Kind ständig an der Brust gesaugt habe. Die Lösung des Problems war aus der Sicht der Frau, diese Situation zu akzeptieren. Ab diesem Zeitpunkt wurde sie glücklich mit dem Stillen, da sie gemerkt habe, durch das Stillen nicht eingeschränkt zu sein.
- Eifersucht der älteren Kinder.
- der frühzeitige Beginn der Arbeit. Der Partner meinte, sie solle auf Säuglingsnahrung umsteigen, da er das Kind dann ebenfalls versorgen könne.
- die Langeweile und der Unwille des Kindes zu essen.

- die gegenseitige Abhängigkeit, welche man während einer Stillbeziehung eingehe und ständig verfügbar sein zu müssen. So sei es einerseits ein gutes Gefühl, da man eine innige Beziehung mit dem Kind eingehe, andererseits lerne man aus Sicht dieser Teilnehmerin eine neue Form der Freiheit kennen.
- die Unersetzbarkeit der stillenden Frau und die daraus entstehenden Machtfantasien.
- die gebende Position der Mutter. So sollte es aus Sicht einer Teilnehmerin selbstverständlich sein, dass es auch für die Mutter jemanden geben müsse, der für sie in der gebenden Position ist. Dies solle idealerweise der Vater des Kindes sein. Das Prinzip „Mothering the mother“ sei ein Mangel in unserer Gesellschaft.
- falsche, schlechte oder gar keine Stillberatung und nicht über die Vorteile des Stillens Bescheid zu wissen.

Auf die Frage wie lange die Frauen vorhätten zu stillen, meinten diese...

- so lange stillen zu wollen, bis das Kind essen wolle.
- bis zu einem halben Jahr (ausschließlich) stillen zu wollen beziehungsweise abwarten zu wollen, wie lange das Stillen gut funktioniere.
- bis zum sechsten Monat stillen zu wollen und dabei ein Stillhütchen zu verwenden.
- ihr erstes Kind bis in das dritte Lebensjahr hinein gestillt zu haben. Sie habe dies auch bei ihrem zweiten Kind vor. Sie wies darauf hin, dass das Stillen in diesem Alter eine andere Form des Stillens sei, denn es sei eher als Ritual vor dem Einschlafen zu verstehen. Die Frau meinte sich vor der Geburt nicht vorstellen haben zu können solange zu stillen, dies habe sich derart ergeben. Sie habe sich in der ersten Schwangerschaft keine konkreten Gedanken über die Stilldauer gemacht.
- bereits abstillen zu wollen, dies allerdings noch nicht schaffe. Sie hatte betont, auf keinen Fall zwei Jahre stillen zu wollen. Die Teilnehmerin meinte, dass das

Abstillen genauso schwierig sei beziehungsweise sein könne wie das Stillen zu erlernen.

- bald mit Beikost beginnen zu wollen, da ihr Kind bereits sechs Monate alt sei. Sie wies darauf hin, bis zu einem Jahr weiterstillen zu wollen, unter der Voraussetzung, dass das Kind dies auch möchte.
- das erste Kind 18 bis 20 Monate beziehungsweise eine andere Frau meinte 14 oder 15 Monate gestillt zu haben. Eine Frau gab an, dass es für sie von vornherein klar war, über das erste Lebensjahr hinaus zu stillen.
- das erste Kind ein Jahr gestillt zu haben. Dies sei kein Problem gewesen, aber dann wollte sie die Stillbeziehung allmählich beenden. Beim zweiten Kind wolle sie sich keinen Druck machen, die Stillbeziehung bereits nach einem Jahr zu beenden.
- öfters in der Situation gewesen zu sein, zufüttern zu wollen und das Stillen zu beenden. Es sei ihr in solchen Situation zu viel, zu schwierig und zu schmerzhaft gewesen. Sie gab an, dass in diesen Situationen ihr Partner und ihre Hebamme eine große Hilfe gewesen wären.

Ankerbeispiele:

„[...] ich hab mir auch dacht, je natürlicher das Ganze desto besser und stillen is eigentlich am unkompliziertesten, am, am günstigsten und natürlich das wichtigste am Gesundesten fürs Kind.“

„Genau. Das hat meine Hebamme schon gesagt, eine Stillbeziehung ist dann beendet, wenn einer von beiden nicht mehr will.“

„Im Sinne von "Es ist so wunderbar, tolle Stillbeziehung so innig und so", sondern, dass die auch ziemlich viel kostet. Sie kostet insofern, dass man realisiert, dass man andere Formen von Freiheit hat.“

„Diese Gschichte mit „mothering the mother“ ist ein Mangel in unserer Gesellschaft.“

„Also ich glaub grundsätzlich, dass das Stillen, wenn ma das so sagen darf, das Stillen lernen genauso schwierig ist, sein kann, wies abstillen.“

„Also bis sie normal isst, also bis wir alles umgestellt haben.“

„[...] aber 6 Monate will ich vollkriegen.“

„also es ist auch eine andere Art des Stillens wenn sie älter sind. Wennst fünf Minuten vorm Einschlafen als Ritual war das quasi.“

Schwangerengruppe:

Folgendes würde die befragten Frauen in ihrer Einstellung zum Stillen, beeinflussen, nämlich...

- die Meinungen von Freunden und dem direkten Umfeld. Diese seien am prägendsten für sie und würden sie am meisten in ihrem zukünftigen Stillverhalten beeinflussen. Die Meinungen von Bekannten und dergleichen entsprächen der Realität und seien authentisch, wohingegen das Lesen von Literatur zu theoretisch sei.
- medizinische Fakten. Diese würden eine Frau im Wunsch Stillen zu wollen beeinflussen. Sie meinte allerdings auch, dass persönliche Meinungen sehr wichtig seien.

Bezüglich der Vorstellung wie lange gestillt werden wolle, meinten die verschiedenen Frauen...

- maximal ein halbes bis dreiviertel Jahr stillen zu wollen.
- ein halbes Jahr nach der Geburt wieder arbeiten gehen und bis dahin bereits abgestillt haben zu wollen.
- vier bis sechs Monate ausschließlich stillen zu wollen und es dann auf sich zukommen zu lassen.

Ankerbeispiele:

„(Überlegen) Ich glaub da sind ma schon echt die Freunde die prägendsten Personen oder, oder das direkte Umfeld dem man vertraut wo man das irgendwie auch mitkriegt, ja.“

„Ich würd auch so vier bis sechs Monate eben frei Stillen und dann eben mal schaun.“

Code: Industrie und Stillen (IS)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Verflechtungen zwischen Ärztinnen sowie Ärzten und Industrie

Es gebe viele Verflechtungen zwischen Industrie, Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen. Durch diese werde der Industrie der Zugang zu ihrer Zielgruppe gewährleistet. In Praxen von Ärztinnen und Ärzten liege viel Werbung von Babynahrungsherstellern auf. Kinderärztinnen und Kinderärzte sprechen Empfehlungen aus, welche zu Gunsten der Industrie seien, wie beispielsweise, dass Frauen früher mit der Einführung der Beikost beginnen sollten. Dies liege daran, dass Forschungsaktivitäten wie auch Fortbildungen, Abendessen, Einladungen und Inserate in Programmheften oftmals zu einem großen Teil von der Industrie finanziert werden. Als Beispiel führt die oder der Befragte den Jahrestag der österreichischen Gesellschaft der Kinder- und Jugendheilkunde an.

Aus der Sicht einer oder eines Befragten gebe es große wirtschaftliche Interessen, welche unter Kindergesundheit getarnt seien. Diese oder dieser Befragte ist der Ansicht, dass die Empfehlung, wenn es um die Kindergesundheit geht, lauten müsste, bis zum ersten Geburtstag des Kindes zu stillen. Die Einführung von Beikost sei demnach mit einem halben Jahr zu beginnen, wobei, wie oben erwähnt, ein halbes Jahr voll gestillt werden solle.

Laktationsberaterinnen und Laktationsberater (IBCLC) seien aus Sicht einer oder eines Befragten nicht abhängig von den Aussagen österreichischer Kinderärztinnen und Kinderärzte, denn durch die Zertifizierung zur Laktationsberaterin bestehe eine gute internationale Vernetzung und Zugang zu internationalen Empfehlungen.

Es gebe die:

- American Academy of Pediatrics
- Academy of breastfeeding medicine
- WHO
- UNICEF

All diese Organisationen sprechen laut dieser oder diesem Befragten die Empfehlung aus, sechs Monate ausschließlich zu stillen.

Aufgrund dessen, dass Ärztinnen und Ärzten Vertrauen entgegengebracht werde, werden diese von der Industrie einvernommen. Das Lobbying zwischen Ärztinnen sowie Ärzten und Babynahrungsherstellern sei aus Sicht einer oder eines Experten ein Problem, da Herstellerfirmen wieder anfangen würden, Kinderärztinnen und Kinderärzte anzusprechen, ihnen Proben zu geben und Anfangsnahrungen in den Arztpraxen aufzustellen. Dies sei laut Aussage einer oder eines Befragten verboten und wies daraufhin, dass zwei von drei Babynahrungsherstellern sich dezidiert nicht an den WHO-Kodex halten.

Ankerbeispiel:

„Weil sie Geld kriegen dafür!? Also jetzt meistens nicht persönlich, aber in vielen Häusern gibt's dann da so einen Forschungstopf und dort wird einbezahlt.“

„Also da gibt's schon sehr große wirtschaftliche Interessen, die aber oft so unter Kindergesundheit getarnt sind, weil grad was mit den neuen Empfehlungen jetzt is.“

„Ich denk mir, wenn's um die Kindergesundheit wirklich geht, dann wär die Botschaft Stillen bis zum ersten Geburtstag und Einführung von Beikost mit einem halben Jahr.“

„Aber durch das IBCLC haben wir eine sehr gute internationale Vernetzung auch und Zugang auch zu internationalen Empfehlungen. Drum sind wir auch nicht so abhängig von dem was unsere österreichischen Kinderärzte da sagen.“

Der Weg der Flaschennahrung in den Babybauch: Maßnahmen der Industrie

Es würden Frauen kostenlos Probepackungen verschiedener Firmen mit Folgenahrungen, welche einen manipulativen Begleitbrief enthalten würden, zugesandt werden. Die Frauen würden die Zusendungen bereits mit drei oder vier Monaten des Kindes erhalten. Frauen würden im Krankenhaus Anforderungskarten ausfüllen, auf denen Firmen den Frauen versprechen würden, Geschenke, wie Probepackungen der 2er- Nahrung geschickt zu bekommen. Wenn Krankenhäuser keine Anforderungskarten, welche sie an Frauen verteilen, haben sollten, würden die verschiedenen Firmen die Adressen der Eltern über Dritte erlangen. Auf den von den Frauen ausgefüllten Anforderungskarten stehe im Kleingedruckten, dass deren Daten an Dritte weiterverkauft werden dürfen. Wenn also Geschenkepackungen nicht direkt über Nestlé, Milupa oder Hipp kämen, dann geschehe dies über andere Firmen. So seien die Adressen junger Eltern für derartige Firmen sehr wertvoll. Die oder der Experte machte darauf aufmerksam, dass es circa 80 000 Geburten pro Jahr in Österreich gebe. Durchschnittlich brauche eine Familie für Flaschennahrung, Fläschchen und Schnuller circa 100 Euro pro Monat. Dies würde bedeuten, wenn die Stilldauer um einen Monat verlängert werden würde, die Firmen einen Verlust von acht Millionen Euro hinnehmen müssten. Die jungen Familien würden sich hingegen einen Betrag von 8 Millionen Euro ersparen. Eine Expertin oder Experte meinte, dass jeder Tag, den eine Mutter früher beginne, ihrem Kind Flaschennahrung zu geben, für die Firmen ein Gewinn sei.

Aussagen, welche von Babynahrungsherstellern häufig verwendet werden würden, seien aus Sicht von Expertinnen und Experten, dass...

- das Kind dies für eine gute Entwicklung benötige,
- das Kind jetzt mehr Bedarf habe,
- die Muttermilch nicht mehr sättigend genug sei,
- die Frau wieder selbstständig sein solle und
- das Kind die ganze Nacht durchschlafen solle.

Eine weitere Maßnahme sei die starke Werbepresenz der Babynahrungshersteller im Fernsehen sowie das Verwenden von Slogans wie „von der Geburt an“, wie es auf

Verpackungen in Super- beziehungsweise Drogeriemärkten zu finden sei. Dies würde aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten suggerieren, dass es von Anfang an gut für den Säugling sei dieses zu konsumieren. Es werde in den Medien suggeriert, dass Flaschennahrung der Muttermilch gegenüber gleichwertig sei. Die meisten Verbraucher wären sich nicht bewusst, dass die Fertignahrung aus Kuhmilch hergestellt werde. Eine oder ein Befragter ist der Ansicht, dass die Industrie die Stilldauer der Frauen beeinflussen könne. Laut Ansicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten sollte keine Werbung, auch nicht im Fernsehen, für Babynahrung bis zum ersten Lebensjahr des Kindes gemacht werden dürfen. Auf der anderen Seite gab eine oder ein Befragter zu bedenken, dass Säuglingsnahrung für Frühgeborene, welche spezielle Bedürfnisse hätten, die Produkte der Industrie benötigen würden. Die Industrie habe in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht und die Säuglingsnahrung verbessert.

Ankerbeispiele:

„Und dann kriegen die jeden Monat von den verschiedenen Firmen diese Probepackungen mit den Folgenahrungen geschickt. Mit einem schönen Begleitbrief dazu, und das Kind hat jetzt mehr Bedarf und es entwickelt sich besser und es soll schon schlafen die ganze Nacht und Muttermilch ist nicht mehr so sättigend und das funktioniert wirklich gut.“

„Das wird ihnen teilweise von den Herstellerfirmen so vermittelt, dass ja dann die Mutter wieder selbstständig sein soll...“

„Und die forschen schon auch sehr gut, nicht und arbeiten, wenn man sieht in den letzten Jahren wie weit und wieviel da entwickelt worden ist, ned!? Und wie sich die Säuglingsnahrung verbessert. Gott sei Dank, nicht.“

Rechtliches

Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies darauf hin, dass die Regelung, ab wann Probepackungen zugesandt werden dürften, möglicherweise geändert worden

sei, denn die EU - Richtlinie besage, dass Folgenahrungen erst ab einem Alter von sechs Monaten beworben beziehungsweise in Verkehr gebracht werden dürften. Frauen würden Probepackungen allerdings bereits im Alter von drei oder vier Monaten des Kindes zugesandt bekommen. Es gebe aus Sicht einer Expertin oder eines Experten eine EU-Verordnung, welche auch vom Österreichischen Gesundheitsministerium übernommen worden sei.

Eine andere Expertin beziehungsweise ein anderer Experte meinte, dass vor dem dritten oder vierten Lebensmonat des Kindes keine Probepackungen zugesandt werden dürfen. Für Anfangsnahrungen (Prä- oder 1er- Nahrungen) dürfe gar keine Probepackung versandt werden beziehungsweise Werbung gemacht werden. Dies bedeute weder den Müttern Proben zuzuschicken, noch diese in den Kinderarztpraxen aufzustellen beziehungsweise Kinderärztinnen und Kinderärzten oder Gynäkologinnen und Gynäkologen auszuhändigen. Erlaubt sei es hingegen für Spezialnahrungen, wie Antikoliknahrung oder Sojanahrung beziehungsweise für Folgemilchen, wie 2er-Nahrungen und für Beikost Werbung zu machen.

Ankerbeispiele:

„Wahrscheinlich ist das jetzt geändert, dass dann irgendwie drinnen steht „erst ab einem halben Jahr“, weil die EU-Richtlinie, besagt ja, dass Folgenahrungen erst ab sechs Monaten beworben werden dürfen oder in den Verkehr gebracht werden dürfen, wenn das Kind schon zwei Beikostmahlzeiten hat.“

„Sie dürfen weder den Müttern Proben zuschicken von Anfangsnahrungen noch dürfen sie in den Kinderarztpraxen aufstelln. Und sie dürfen auch den Kinderärzten keine Proben aushändigen, ja! Von Anfangsnahrungen. Also das heißt Muttermilchersatzprodukten.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppendifkussionen

Gruppe der Stillenden:

Es kamen folgende Aussagen unter den Fokusgruppenteilnehmern vor, nämlich (dass)...

- im Mutter - Kind - Pass eine Broschüre enthalten sei, in der zwar stehe, dass das Stillen das Beste für das Kind ist, aber es kein Problem sei falls es nicht funktionieren sollte, da es Flaschennahrung gebe. Eine andere Teilnehmerin gab an, dass sie von dem Krankenhauspersonal Prä - Milch der Firma Aptamil mit nach Hause bekommen habe, da sie für den Fall, zu wenig Milch zu haben, ihrem Säugling ein Fläschchen geben könne.
- man bei Ärztinnen und Ärzten, im Krankenhaus und in der Schwangerschaftsambulanz mit Pulvermilch verschiedenster Marken überhäuft werde.
- eine Frau beim Frauenarzt eine Information von Milupa erhalten habe und in weiterer Folge wöchentlich Informationen zum Thema Schwangerschaft und Stillen zu gesandt bekommen habe.
- die Teilnehmerinnen viel mehr Information von Babynahrungsherstellern, als Information zum Thema Stillen erhalten hätten.
- in den Medien nicht für Stillen geworben, sondern suggeriert werde, dass Flaschennahrung natürlich sei und benötigt werde.
- die Teilnehmerinnen eine Eltern - Kind - Box, in welcher Broschüren verschiedener Firmen und Produkte enthalten gewesen wären vom Krankenhauspersonal mit nach Hause bekommen hätten.
- in der Serie „Teenager werden Mütter“ fast nur junge Frauen gezeigt werden, welche Fläschchen geben würden. Eine andere Frau meinte, dass Teilnehmer dieser Sendung gratis Flaschennahrung zur Verfügung gestellt bekämen und dadurch in Naturalien bezahlt werden und gleichzeitig Werbung für den jeweiligen Konzern machen würden.
- die Nahrungsmittelindustrie aus Sicht einer Teilnehmerin bewusst Fehlinformationen, wie der Natur so nahe, über ihre Produkte verbreiten würden.

Ankerbeispiele:

„Aber man wird überhäuft natürlich, Frauenarzt was weiß ich wo überall, mit lauter unnötigem Pulvermilchzeug. Überall.“

„Man kriegt so massenweise Geschichten, aber mehr von Hipp und so als zum Thema stillen.“

„Ganz unterschiedlichen, von jeder Firma halt die verschiedenen Produkte. Babywasser, Pflegeprodukte, Feuchttücher, so was halt.“

„Da gibt’s so eine Eltern-Kind-Box, da sind ebenso Broschüren drinnen und je nach Firma... bei mir war Mineralwasser drinnen. (F): Und a Fläschchen ist drinnen. (F): Stilleinlagen. Zäpfchen hatte ich dabei.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Industrie und Stillen“ erhoben werden.

Code: Druck (D)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Aus Sicht der Expertinnen und Experten entstehe bei den Frauen Druck, wenn...

- keine Erklärungen zu den ausgesprochenen Empfehlungen gegeben werden.
- das Stillen so dargestellt werde, als gebe es keine Alternative.
- keine gute Beratung stattfinde beziehungsweise angeboten werde.

Folgende Erfahrungen wurden von Expertinnen und Experten genannt, nämlich (dass)...

- es als Stillberaterin oder Stillberater nicht einfach sei das Stillen zu transportieren, da man sofort als fanatisch gelte, wenn man sich dafür einsetze.
- Stillaufklärung ohne die Ausübung von Druck erfolgen solle. Denn sonst würde von Seiten der Frauen Widerstand wachsen und es könne passieren, dass

Frauen drei oder vier Tage im Krankenhaus stillen und zu Hause auf Flaschennahrung umsteigen würden.

Ankerbeispiele:

„[...] weil wenn ich nur sag sie muss immer aufwecken und stillen und ihr keine Erklärungen geb dafür wozu das gut ist, dann haben die Frauen das Gefühl sie werden da unter Druck gesetzt und alle reden nur vom Stillen.“

„Der Druck entsteht dort, wo die Beratung keine gute ist. Dort entsteht Druck.“

„[...] damit ich das besser transportieren kann, aber es is gar nicht einfach, weil sofort ah man gilt sofort als fanatisch.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Folgende Aussagen kamen unter den Stillenden vor, nämlich (dass)...

- bei einer Teilnehmerin Druck zum Stillen ausgeübt werde, da sie eine Freundin habe die von Anfang an gesagt habe, nicht stillen zu wollen. Die Teilnehmerin wies darauf hin, dass die meisten Frauen sagen würden, nicht stillen zu können. Ihre Freundin hingegen sagte bewusst, dass sie nicht stillen wolle. Diese sei daher vielen Angriffen aus der Umgebung ausgesetzt gewesen. Die Teilnehmerin machte darauf aufmerksam, dass es jeder Frau selbst überlassen bleiben sollte, ob sie stille oder nicht.
- eine Teilnehmerin Bekannte habe, welche sich selbst großen Druck auferlegt hätten. Das Stillen habe bei ihnen aus verschiedenen Gründen nicht funktioniert. Die Teilnehmerin wies daraufhin, dass man ihrer Meinung nach einen gesunden Mittelweg finden müsse.
- Druck aus dem Umfeld ausgeübt werde. Eine Teilnehmerin sei von Arbeitskolleginnen und -kollegen gefragt worden, ob sie stille und wies daraufhin, dass dies ein komisches Gefühl gewesen sei.

Ankerbeispiele:

„Die waren total fertig, weil sie gesagt haben es muss funktionieren. Stillen muss funktionieren.“

„Und jeder fragt nämlich "stillst du?". Mit Leuten, mit denen ich eh nichts zu tun hab fragen "Na liebes eh gesund? stillst du?"“

„Ich hab eine Freundin, die bewusst gesagt hat, "Ich möchte nicht stillen".“

Schwangerengruppe:

Die einzelnen Teilnehmerinnen der Fokusgruppe gaben an...

- sich von niemandem unter Druck gesetzt zu fühlen, da es ihre Entscheidung sei, ob sie stillen würde oder nicht.
- enttäuscht und traurig zu sein, wenn das Stillen nicht funktionieren würde. Diesen Druck würde sich die Teilnehmerin selbst auferlegen. Sie meinte, dass sie wahrscheinlich eine Art Versagensgefühl empfinden würde. Diese Teilnehmerin antwortete auf die Frage, ob sie sich unter Druck gesetzt fühle, mit der Gegenfrage ob sie keine gute Mutter sei, wenn das Stillen nicht funktionieren würde.
- sich nicht von außen, weder vom Ehepartner, Familie oder Freundinnen Druck auferlegen lassen zu dürfen.

Ankerbeispiele:

„Ich glaub ich dadurch, dass ich mich irgendwie schon dafür entschieden hab, wär ich schon ein bisschen enttäuscht, wenns nicht klappt. Also aber nicht von außen, sondern für mich.“

Code: Einfluss des Fachpersonals (EFP)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Die Befragten waren unterschiedlicher Meinung, welchen Einfluss sie auf Frauen ausüben würden. So waren diese der Meinung, dass...

- eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe über jede Meinung, die er an die Frauen weitergebe, Einfluss auf das Verhalten der Frauen ausüben könne.
- Hebammen, welche bei der Geburt anwesend sind, verantwortlich seien für einen frühen Stillbeginn. Somit hätten diese eine wichtige Rolle in der Entwicklung des Stillverhaltens der Frauen.
- die teilweise stark verbreitete Vorstellung der Frauen nicht stillen zu können „herausgelöscht“ werden solle. Dieser Einstellung entgegenzuwirken beziehungsweise vorzubeugen versteht diese Expertin oder dieser Experte als Teil der Arbeit.
- Kinderärztinnen und Kinderärzte große Verantwortung haben, die Frauen richtig aufzuklären und zu beraten. Aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten herrsche von Seiten der Kinderärztinnen und Kinderärzte ein großes Informationsdefizit in Hinblick auf die Relevanz des Stillens und bezüglich ihres Einflusses auf die Frauen.
- Kinderärztinnen und Kinderärzte Frauen vermitteln würden, dass das Stillen nicht unbedingt notwendig sei. So könne es passieren, wenn ein Kind anfänglich nicht rasch zunehme und die Kinderärztin oder der Kinderarzt die falschen Wachstumsperzentilen, nämlich nicht jene der WHO, sondern beispielsweise von Milupa verwenden würde, zugefüttert und abgestillt werde.
- Expertinnen und Experten zwar Einfluss auf das Verhalten der Frauen hätten, allerdings weniger als Verwandte es haben würden.
- mehr Einfluss auf das Verhalten der Frauen notwendig sei um sie bei der Lösung von Problemen unterstützen zu können. Am empfänglichsten seien Frauen für Expertenratschläge, wenn man sie in einer schwierigen Situation antreffe.
- man als Expertin oder Experte besonders dann Einfluss auf das Verhalten der Frauen habe, wenn diese bereits in der Schwangerschaft betreut wurden und man für sie eine Vertrauensperson darstelle.

- man als Expertin oder Experte bei der Arbeit an und mit den Patienten durch seine eigenen Meinungen, Erfahrungen, verschiedene gelesene Studien und Literatur beeinflusst werde.
- Hebammen vor allem Einfluss auf das Verhalten der Frauen haben würden, wenn sich die zu betreuenden Frauen für das Thema interessieren. Wenn Frauen Interesse haben, könne man sie sehr gut erreichen, um Informationen zu übermitteln. Aus Sicht einer Expertin oder eines Experten würden immer mehr Frauen Interesse an einer Beratung zeigen.
- es von dem Kulturkreis abhängen wie viel Einfluss Expertinnen und Experten auf das Verhalten von Frauen haben würden.

Ankerbeispiele:

„Ich würde mir oft wünschen, dass wir mehr Einfluss hätten, ja... irgendwo. [...] Ich denk mir, wir können sie beeinflussen oder motivieren in dem wir sie insofern unterstützen, wenn man sieht, dass sie ein bissl Probleme hat.“

„[...] oft halt san die Kinderärzte der Meinung na des is ned so unbedingt notwendig und beraten die Mütter auch dahingehend und die Mütter san halt da ratsuchend und leicht beeinflussbar [...]“

„Während bei uns sind auch viele Frauen vom Arzt beeinflusst.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen-Interviews

Gruppe der Stillenden:

Eine Teilnehmerin meinte, dass die Beratung der Hebamme unterstützend und ausschlaggebend für ihren Stillerfolg war.

Ankerbeispiel:

„Und mich dann halt bestätigt hat in dem was ich tu und das war einfach ahm ziemlich ausschlaggebend dann für den weiteren Stillerfolg.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Einfluss des Fachpersonals“ erhoben werden.

Code: Einfluss soziodemographischer Faktoren (ESD)**Ergebnisse aus den Experteninterviews**

Folgende Aussagen kamen unter den Befragten vor, nämlich dass...

- vor allem ältere, besser ausgebildete und aus besserem sozialem Milieu stammende Frauen beziehungsweise Pärchen Stillgruppen und Geburtsvorbereitungskurse besuchen würden, sich gezieltere Informationen suchen und mit den aktuellen Empfehlungen vertraut sein würden. Somit hänge die Bereitschaft sich zu informieren vom soziodemographischen Status ab. Außerdem würden Expertinnen und Experten einen Anteil von 50 - 60 % Akademikerinnen in der Stillgruppe haben. Eine höhere Bildung sei allerdings keine Erfolgsgarantie für eine lange und zufriedene Stillbeziehung. Die Expertin oder der Experte verstehe allerdings nicht woran es liegt, dass sich vor allem gebildete Frauen die Beratung gönnen würden, denn aus der Sicht dieser Expertin oder dieses Experten könne es nicht am Geld, sondern an den verschobenen Wertigkeiten liegen, da Unmengen an Materialien gekauft werden würden, welche aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten keiner brauchen würde.
- es ebenfalls Frauen aus oberen Bildungsschichten gebe, welche nicht oder nur kurz stillen würden, da sie möglichst früh wieder unabhängig sein wollen. Prinzipiell würden Frauen mit höherer Bildung besser mit den aktuellen Empfehlungen und Frauen aus schlechterem sozialem Milieu weniger gut mit diesen vertraut sein. Auch hänge aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten die Stilldauer im selben Verhältnis mit dem Bildungsgrad zusammen.

- es prinzipiell auch mit wenig Geld beziehungsweise ohne zusätzliche Ausgaben möglich sei, sich Beratung zu holen. Es gebe in vielen Krankenhäusern Ambulanzen, in welchen Beratung in Anspruch genommen werden könne. Dies sei aus Sicht dieses Experten allerdings eine Zumutung, da viele Frauen ein paar Tage nach der Geburt aus vielen Gründen noch nicht mobil genug wären, in ein Krankenhaus zu fahren. So bräuchten die meisten Frauen jemanden, der für die Betreuung nach Hause kommen würde, nur gebe es zu wenige Hebammen, welche einen Kassenvertrag hätten und somit für Frauen kostenlos wären.
- Frauen aus sozial schlechter gestellten Familien mit niedriger Bildung kein Interesse an Mutterberatung oder an dem Besuch einer Stillgruppe haben würden. Diese wären aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten eine sehr schwer zu erreichende Zielgruppe mit den niedrigsten Stillraten und der kürzesten Stilldauer.
- sich Frauen aus niederen Bildungsschichten der Wichtigkeit des Stillens nicht bewusst seien. Dies liege daran, dass sie zu wenig Information darüber erhalten hätten, wie wertvoll die Inhaltsstoffe der Muttermilch sind.
- Frauen, aus sozial schlechter gestellten Familien nicht das Gefühl haben würden, dass das, was sie selber geben können, in diesem Fall die Muttermilch etwas Wertvolles sei. Es werde viel mehr die Vorstellung vertreten, dass etwas Gekauftes wertvoller ist.
- Frauen, welche sich weniger informieren, das Stillen als eine normale Sache ansehen würden und diesbezüglich weniger Beratung bedürfen. Die hochintellektuelle, gut informierte Frau, welche lange gearbeitet hat, müsse aus Sicht der Expertin oder des Experten mehr beraten werden. An wem sich Frauen orientieren hänge davon ab, wo und in welchem sozialen Umfeld sie aufgewachsen seien.
- der Bildungsstand nicht unmittelbar Einfluss auf die Stilldauer nehme beziehungsweise der Informationsstand nicht vom soziodemographischen Status abhänge. So meinte eine Expertin oder ein Experte, dass es auch

drogensüchtige, arbeitslose und unterstandslose Frauen gebe, welche sehr gut über die aktuellen Empfehlungen Bescheid wüssten.

- es auf den Kulturkreis ankäme, an wem sich Frauen orientieren. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund würden sich aus Sicht einer Expertin oder eines Experten am ehesten an der eigenen Familie, wie Mutter, Schwester oder Tante, orientieren und sich seltener Beratung organisieren. Österreichische Frauen ohne Migrationshintergrund würden sich hingegen eher an der Meinung der Ärztin oder des Arztes orientieren. Frauen mit Migrationshintergrund würden häufig auch ohne fachliche Unterstützung oder Beratung stillen, da sie dies bereits bei ihrer Familie beobachten konnten und das Stillen als etwas Natürliches wahrnehmen würden. Dies ändere sich, wenn diese Frauen in der zweiten oder dritten Generation in Österreich leben, denn dann würden sie dem Stillen gegenüber nicht mehr diese Selbstverständlichkeit entgegen bringen und Kinder häufig mit dem Fläschchen füttern.
- es in einem großen Spital in Wien einen großen Anteil an Migrantinnen gebe. Die Erfahrung dieser Expertin oder dieses Experten habe gezeigt, dass gerade diese Frauen eine Beratung sehr notwendig bräuchten, weil diese aus den unteren sozialen Schichten kommen und am frühesten mit dem Zufüttern anfangen würden. Außerdem hätten Frauen mit Migrationshintergrund den höchsten Body - Mass - Index und unter der Annahme, dass Stillförderung als wichtige gesundheitsfördernde Maßnahme zur Adipositasprävention beitrage, wäre Stillberatung für diese Gruppe besonders relevant.
- Frauen aus sozial schlechter gestellten Familien eine kürzere Stilldauer hätten als Frauen aus besser gestellten Familien. Eine andere Expertin oder ein anderer Experte ist der Ansicht, dass der soziodemographische Status keinen Einfluss auf die Stilldauer hat.

Ankerbeispiele:

„Aber wenn sie Hilfe, dass sie sich die Hilfe holen und auch bezahlen, das hat einfach schon was mit, mit einem höheren Bildungsgrad zu tun. Auch einfach über die Dinge nachzudenken und zu reflektieren.“

„[...] weil wir wissen ganz genau, dass die Migranten genau die untere soziale Schicht sind, wir wissen dass die Migranten genau die dicksten sind, wir wissen ahm dass die am aller frühesten beginnen zuzufüttern.“

„Das ist so, wenn sie in schlechteren sozialen Verhältnissen leben und weniger Bildung haben, dann nehmen sie auch weniger Beratung in Anspruch.“

„Weil ich mein am Geld kanns jetzt auch nicht liegen, weil wenn ich mir denk was da alles gekauft wird. Was das kostet, was kein Mensch braucht. Aber das sind halt die Wertigkeiten.“

„Na so würd ich das auch nicht sagen, weil es gibt einfach Mütter die keine hohe Bildung, keine hohe Ausbildung haben aber trotzdem einfach sehr hören auf, auf, auf einfach das Richtige tun, ja! Das gibt's schon auch.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeinterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Einfluss soziodemographischer Faktoren“ erhoben werden.

Code: Vorerfahrungen (VE)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Aus Sicht der Expertinnen und Experten gebe es Unterschiede zwischen erst- und zweitgebärenden Frauen. So könne man bei zweitgebärenden Frauen in der Beratung anders vorgehen, da bereits Wissen über Säuglingspflege vorhanden sei, diese bereits wissen was sie wollen und am besten über Stillempfehlungen informiert wären.

Ankerbeispiele:

„Beim zweiten wissens dann eher schon was sie wollen und dann klappts auch besser, weil sie sich auch dann doch scho a bissl informiert haben. Oder wenigstens diese Säuglingspflegebasics, nicht mehr das is was sie so fertig macht.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Die Teilnehmerinnen haben folgende Vorerfahrungen bezüglich des Stillens gemacht, nämlich (dass)...

- der Stillerfolg von den Vorerfahrungen in diesem Bereich abhängen.
- eine Frau bei ihrer ersten Tochter gerne stillen wollte. Allerdings hatte dies aufgrund auftretender Probleme nicht funktioniert. Nun habe sie eine zweite Tochter, bei welcher das Stillen gut funktioniere, sie damit allerdings überfordert sei.
- das Stillen bei der eigenen Mutter beobachtet zu haben, da sie zwei deutlich jüngere Brüder habe. Diese wurden aus Sicht der Teilnehmerin sehr lange gestillt. Auch die ältere Schwester der Frau habe ihre Kinder gestillt. Durch die Erlebnisse mit dem Stillen sei dies natürlich für die Teilnehmerin gewesen. Außerdem glaube sie, dass zu der Zeit, in der ihre Brüder auf die Welt kamen, das Stillen an sich und das Stillen in der Öffentlichkeit wieder moderner wurde.
- in der für sie geltenden Elterngeneration oft gesagt werde, dass nicht genug Milch vorhanden sei. Diese Teilnehmerin könne sich nicht vorstellen, dass so viele Frauen zu wenig Milch haben würden. Einer anderen Teilnehmerin zu folge erhält man häufig den Tipp, vor allem im Sommer, zumindest Tee zuzufüttern.

Weitere von den Frauen eingebrachte Kommentare zur Milchdebatte waren, ob es erlaubt sei solange zu stillen, ob die Milch während einer Hitzewelle nicht zu warm oder ob die Milch nicht bereits sauer sei. Eine andere Frau wurde im sechsten Monat gefragt, ob sie bereits einen Milcheinschuss gehabt habe.

- die einzige Frau in ihrer Familie zu sein, welche länger als vier Wochen gestillt habe.

Ankerbeispiele:

„Die Ärzte können überhaupt nichts anfangen mit Stillen, das ist meine Erfahrung. Die haben null Bezug auch dazu. Die sagen nur „jaja machen sie irgendwie“.“

„Ich hab während der Geburt einen Wechsel gehabt [...] und das war hundertundeins wies mir gegangen ist.“

Schwangerengruppe:

Folgende Vorerfahrungen bezüglich des Stillens haben die befragten Schwangeren bereits gemacht, nämlich (dass)...

- eine Teilnehmerin über eine Arbeitskollegin berichtete, welche fast zweieinhalb Jahre gestillt habe. Diese Teilnehmerin könne sich diesen Zeitraum nicht vorstellen.
- eine Teilnehmerin in ihrem Familien- und Freundeskreis die Erfahrung gemacht habe, dass alle Frauen primär länger gestillt hätten als sie sich vorgenommen hätten.
- nur nicht-stillende Mütter zu kennen. Diese Frau habe drei Schwestern, welche allesamt nicht gestillt wurden.
- es in dem Umkreis einer Teilnehmerin noch niemanden gebe, der stille. Außerdem seien ihre drei Geschwister nicht gestillt worden und es wären keine Allergien oder andere Beschwerden aufgetreten. Daher wären es nicht die gesundheitlichen Gründe, welche sie zu dem Wunsch Stillen zu wollen bewegen würden.
- die Mütter der Teilnehmerinnen nicht stillen konnten. Dies sei für eine der Mütter sehr frustrierend gewesen, daher habe sie das Stillen bei den anderen Kindern gar nicht mehr probiert.
- das Stillen früher nicht üblich gewesen sei. Eine andere Teilnehmerin widersprach dieser Meinung, denn sie habe die Erfahrung gemacht, dass ihre Großmutter böse auf ihre eigene Tochter gewesen war, weil diese ihre Enkel nicht gestillt habe.

Ankerbeispiele:

„Von meiner subjektiven Erfahrung her, kenn ich eigentlich nur Nicht-Stillende.“

„Wobei erfahrungsmäßig sagen muss also so im Freundeskreis und Familie. Es haben alle länger gstillt, als sie primär gedacht haben dann.“

Code: Partner (P)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Die Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass der Partner Einfluss auf das Verhalten der Frauen habe. Eine Expertin oder ein Experte berichtete, dass manchen Vätern das Stillen wichtiger sei und dass diese sich mehr darüber informieren würden als die Mütter selbst. Dies sei für die Expertin oder den Experten überraschend. Eine Expertin oder ein Experte meinte, dass es gut sei, wenn der Partner der Frau ebenfalls die Stillinformationen bekäme. Viele Partner seien aus Sicht einer anderen Expertin oder eines anderen Experten sehr positiv dem Stillen gegenüber eingestellt. Eine Expertin oder ein Experte ist der Meinung, dass sich in diesem Sinn ein gesellschaftlicher Wandel vollzogen habe, da vor 20 - 25 Jahren der Partner noch keine große Rolle gespielt habe die Frauen im Stillen zu bestärken. Heutzutage würden sich die modernen Väter sehr stark einbringen, was dieser Experte als eine sehr positive Entwicklung empfinde.

Ankerbeispiele:

„Da erleb ich [...] einen gesellschaftlichen Wandel. Der vor ungefähr 20 - 25 Jahren war das jetzt noch nicht so ein Thema, dass die Partner da so eine Rolle gespielt haben.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Gruppe der Stillenden:

Einzelne Meinungen der stillenden Teilnehmerinnen waren, (dass)...

- sich von ihren Partnern (teilweise) unterstützt zu fühlen.
- es Schwierigkeiten mit dem Partner bezüglich des Stillens gegeben habe.

- ihr Partner sich nicht mit dem Thema Stillen auseinander gesetzt habe.
- Frauen das Thema Stillen und damit verbundene Angelegenheiten mehr beschäftigen würden als den Partner. Männer wären an diesen Themen nicht unmittelbar beteiligt, da sie der Meinung wären, dass das Kind auch ohne Stillen gesund bleibe.
- eine Teilnehmerin meinte, dass es gut sei, einen Partner zu haben der sich nicht zu sehr in das Thema hineinsteigere.
- Frauen einen Partner wollen würden, welcher sie unterstütze und sie im Stillen bestärke.

Ankerbeispiele:

„Für Männer ist das auch nicht gleich so eine emotionale Sache.“

„Das geht Frauen viel näher, das beschäftigt sie viel mehr.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeinterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Partner“ erhoben werden.

Zusammenfassung der Kategorie „Individuelle Einflussfaktoren“

Einfluss auf das Stillverhalten der Frauen habe aus Sicht der Expertinnen und Experten unter anderem die individuelle Flexibilität der Frau, der finanzielle Aspekt, die Angst zu wenig Milch zu produzieren, zeitliche Trends und Werbung, der Kulturkreis, die Meinungen des Partners und der Familie sowie schlechte Vorerfahrungen bei älteren Kindern. Wenig Einfluss habe hingegen das Lesen von Literatur, wie von Büchern und Zeitschriften. Die von den befragten Frauen am häufigsten genannten positiven Einflussfaktoren um sich zum Stillen zu motivieren sind die Gesundheit des Kindes, die Nähe zum Kind als auch der finanzielle Aspekt. Einflussfaktoren nicht zu stillen, sind die Angst zu wenig Milch zu haben und dadurch das Kind nicht adäquat versorgen zu können sowie Eifersucht älterer Kinder.

Von den Expertinnen und Experten wurden mehrfach die Verflechtungen zwischen den Babynahrungsherstellern sowie den Kinderärztinnen und Kinderärzten und somit die bestehenden Interessenskonflikte genannt. So sollen viele Kinderärztinnen und Kinderärzte nicht die WHO - Wachstumsperzentilen, sondern jene von Milupa verwenden, eine kürzere, ausschließliche Stilldauer empfehlen und häufig den Müttern raten auf Säuglingsanfangsnahrungen umzusteigen. Dies geschehe, weil die Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise deren Forschungsaktivitäten von Seiten der Industrie gesponsert werden.

Druck bei Frauen entstehe aus Sicht der Expertinnen und Experten, wenn Frauen keine Erklärungen zu ausgesprochenen Empfehlungen erlangen würden. Manche Expertinnen und Experten sind der Ansicht starken Einfluss auf das Verhalten der Frauen auszuüben, wobei andere sich wünschen würden mehr Einfluss ausüben zu können. Der stärkste Einfluss bestehe aus Sicht mancher Befragten von Seiten der Verwandtschaft. Aus Sicht der befragten Frauen wurde der größte Einfluss von Seiten der Hebammen ausgeübt werden. Die Meinung des Partners habe aus Sicht der Expertinnen und Experten ebenfalls Einfluss auf das Stillverhalten, wobei dieser sich manchmal mehr für das Stillen einsetze als es die Mutter selbst tut. Die befragten Mütter waren einerseits der Ansicht, dass sich der Partner stärker einbringen solle beziehungsweise sich zu viel einbringe und Druck erzeuge.

Frauen aus sozial besseren Verhältnissen seien häufiger in Stillgruppen anzutreffen und eher bereit sich Hilfe zu suchen sowie gewillt dafür Geld auszugeben. Des Weiteren seien ältere, gebildete Frauen jene mit höheren Stillraten und der längeren Stilldauer. Frauen aus schlechterem sozialem Milieu seien eine bezüglich der Stillempfehlungen schwerer zu erreichende Zielgruppe. Eine andere Meinung war, dass soziodemographische Faktoren keinen Einfluss auf die Stilldauer nehmen und dass auch Frauen mit weniger Bildung über die Empfehlungen Bescheid wissen würden.

Kategorie: Wissen und Information

Beschreibung der Kategorie

Die Kategorie „Wissen und Information“ besteht aus den Codes „Vorinformation und Vorwissen (VIVW)“, „Vorstellungen und Einstellungen (VEI)“, „Verunsicherung durch Privatpersonen sowie Expertinnen und Experten (VUP)“, „Information durch Expertinnen und Experten (IE)“, „Ausbildung (AU)“ und dem Code „Arbeitsweise (AW)“.

In den Codes (VIVW) beziehungsweise (VEI) wird das von den Betroffenen erlangte Vorwissen sowie deren Einstellung zum Thema Stillen beschrieben. Ebenso wird die Einschätzung der Expertinnen und Experten über den Informationsstand der Schwangeren und Stillenden festgehalten.

In dem Code (VUP) werden die Faktoren, welche bei Betroffenen zu Verunsicherung geführt haben, beschrieben.

In dem Code (IE) wird beschrieben, welche Informationen von Expertinnen und Experten erhalten wurden beziehungsweise welche Informationen von diesen an die Schwangeren und Stillenden weitergegeben wurden.

Die Codes (AU) und (AW) beschäftigen sich damit in wie fern das Stillen Thema der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen ist beziehungsweise wird die geschilderte Arbeitsweise der befragten Experten in deren Berufsstätten beschrieben.

Relevanz für die Forschungsfrage

In dem man den Ausbildungsstand, die Arbeitsweise, die Vorstellungen und Informationen, welche an Betroffene übermittelt werden, beleuchtet, kann abgeleitet werden, welche Relevanz dem Stillen in der täglichen Arbeit eingeräumt wird und ob es in der täglichen Arbeit an dem Patienten möglich ist, dem einen hohen Stellenwert beizumessen.

Code: Vorinformation und Vorwissen (VIVW)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Aussagen kamen unter den Expertinnen und Experten vor, nämlich dass...

- der Informationsstand bei werdenden Müttern sehr unterschiedlich sei. Diese oder dieser wies darauf hin, dass Frauen, welche einen Geburtsvorbereitungskurs oder vorbereitend bei einer Hebamme waren einen besseren Wissensstand hätten, als jene die dies nicht absolviert haben. Da sie nicht nur auf die Geburt, sondern auch den Umgang mit einem Neugeborenen erlernen und speziell auf Stillen vorbereitet und informiert werden, würden vorinformierte Frauen seltener unrealistische Vorstellungen über die Zeit und das Leben mit einem Säugling haben.
- die Vorbereitung in der Schwangerschaft solle sich nicht nur das Lesen von Lektüren beschränken, sondern auch die Organisation einer Expertin oder eines Experten beinhalten, welcher sich praktisch mit dem Stillen auskenne und es vermag die Frau einzuweisen. Das Interesse der Frauen sich diesbezüglich zu informieren, werde in den letzten Jahren immer größer. Die Frauen würden immer besser aufgeklärt und vorbereitet sein.
- im Zuge abgehaltener Geburtsvorbereitungskurse fast nie erlebt werde, dass sich Frauen einschlägige Informationen angeeignet hätten oder gezielte Fragen stellen. Besonders häufig würden erstgebärende Frauen sich gar keine Informationen holen und mit der Säuglingspflege überfordert sein. Somit sei eine in der Schwangerschaft stattfindende Vorbereitung wichtig.
- es Informationsmangel bezüglich der im Körper eintretenden Veränderungen während der Schwangerschaft und Stillzeit gebe. Als Beispiel führt die Expertin oder der Experte den Zustand der Brust während des Stillens oder den Übergang von ausschließlichem Stillen zu Beikost an. So würden 60 % der Frauen bei dem Wechsel von ausschließlichem Stillen zu Beikost die Ernährung durch die zusätzliche Gabe eines Fläschchens ergänzen. Man müsse aus Sicht der oder des Befragten immer wieder erläutern, dass teilstillen und Beikost ohne die Gabe von Säuglingsnahrung mittels Fläschchen für die Ernährung des Kindes optimal sei.
- die belesenen Frauen, welche im Internet und in Büchern nachlesen und versuchen würden Leitlinien einzuholen sich theoretisch mit dem Stillen

auskennen. Dies wären allerdings auch jene, welche sich häufig beim praktischen Stillen schwerer tun, als jene welche sich nicht vorbereitet haben.

- die meisten Frauen zwar wissen würden, dass das Stillen gut für ihr Kind sei, aber genau über die Empfehlungen Bescheid wissen, würden die wenigsten Frauen. Eine andere Expertin oder ein anderer Experte meinte, dass die Empfehlung ein halbes Jahr zu stillen und dann mit der Einführung der Beikost zu beginnen, bei den Frauen verankert sei. Das Problem dabei sei, dass viele Frauen nach einem halben Jahr des Stillens schnell gänzlich mit dem Stillen aufhören würden.
- Frauen teilweise mit vorgefertigten Meinungen zu der Expertin beziehungsweise dem Experten kommen würden. Im Grunde würden die wenigsten wissenschaftlich fundierte Informationen über das Stillen verfügen.

Im Gegensatz zu der Meinung mancher Expertinnen und Experten, dass zu wenige Informationen im Vorfeld eingeholt werden, stehe die gegensätzliche Meinung, dass...

- vieles wissenschaftlich hinterfragt werde und das Stillen nach Lehrbuch ablaufen müsse.
- manche Frauen bereits „verbildet“ wären. „Übergebildete“ Frauen seien jene, welche jeden Artikel lesen würden, viele Fragen und ein sehr großes Informationsbedürfnis hätten. Das Bedürfnis sich übermäßig informieren zu wollen, komme durch den Drang dieser Frauen alles richtig machen zu wollen. Dadurch werde der natürliche Instinkt zu stillen und dadurch eine besondere emotionale Bindung zu ihrem Kind aufbauen zu wollen durch ihre Intellektualität blockiert. Aufgrund der zahlreichen Informationen könnten diese häufig nicht richtig eingeordnet werden. So könne man sich durch zu viel an Informationen selbst verwirren und seinen Instinkt als Mutter vergessen und zu kopfgesteuert handeln. Übergebildete Frauen seien häufig jene, welche wenig Selbstvertrauen haben.
- zu kopflastig eingestellte Frauen mehr Probleme beim Stillen hätten, als Frauen, welche weniger nachdenken würden. Diese würden häufig intuitiv

richtig handeln. „Übergebildete“ Frauen würden jeden Ablauf dokumentieren, rational durchdenken und planen.

- es als problematisch anzusehen sei, wenn Frauen zu viele Informationen einholen würden, da häufig nicht unterschieden werden könne, welche Informationen fundiert seien und welche nicht. Es würde aus Sicht einer Expertin oder eines Experten viel Falschinformation im Internet zu finden sein. Häufig würden sich Frauen auch an Erfahrungen anderer Frauen orientieren, welche sehr subjektiv wären und Frauen häufig belasten würden.
- es ein modernes Phänomen sei, dass Frauen sich auf alles was auf sie zu kommt, übermäßig vorbereiten wollen.

Andere Meinungen waren, dass...

- es sich bei den von den Frauen angeeigneten Informationen durchwegs um richtige Informationen handelt.
- je weniger von den Frauen gelesen werde, desto eher werde einfach ohne viel darüber nachzudenken angelegt.
- man sich eigentlich nicht ins Detail auf die Geburt oder das Leben mit einem Neugeborenen vorbereiten könne, da dies zu individuell sei. Außerdem führe es zu Verwirrung sich zu viel vor zu informieren beziehungsweise zu viele Informationen von Seiten der Expertinnen und Experten zu erlangen, denn man müsse sich erst wenn das Kind auf der Welt ist intensiver damit auseinandersetzen. Somit meine die Expertin oder der Experte, dass vor der Geburt nur wenige, dafür gute und richtige Informationen notwendig seien, um gut vorbereitet zu sein, wie zum Beispiel, dass das Stillen zu Beginn auslaugend ist und man daher besonders gut auf sich selbst aufpassen müsse.
- dieser immer wieder erstaunt sei, von vor allem jungen Müttern, welche sich nicht vorinformiert hätten, aber intuitiv Vieles richtig machen würden. Dies betreffe sowohl die Geburt an sich, als auch das Stillen.
- manche Frauen daher zu wenig Milch hätten, da diese bereits vor dem Milcheinschuss zu wenig anlegen würden. Außerdem wurde lange Zeit ein vier Stundenstillrhythmus empfohlen, wodurch das zu seltene Anlegen ebenfalls

gefördert wurde. In weiterer Folge würden die Kinder nicht gut gedeihen und es müsse zugefüttert werden, da manche Frauen bedingt durch das zu seltene Anlegen zu wenig Milch produzieren würden. Dieser Mythos den vier Stundenrhythmus einzuhalten, würde sich aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten so lange halten, da dies in vielen Broschüren für Flaschennahrung derart dargestellt werde.

- die konkrete Auseinandersetzung mit dem Stillen im Kreissaal beziehungsweise auf der Wochenbettstation zu beginnen habe.
- für eine gelungene Stillförderung die Wochenbettstation eines Krankenhauses eine Schlüsselfunktion hätte. Ideal wäre es, wenn Frauen bereits vor dem Krankenhausbesuch mit einer Expertin oder einem Experten über das Stillen gesprochen hätten.
- es wichtig sei, dass jede Frau eine Expertin oder einen Experten habe an den sie sich wenden könne wenn Probleme auftauchen würden. Wenn eine Frau niemanden hätte der ihr helfen könne, würde das Stillen wahrscheinlich schnell eingestellt werden. Eine Expertin oder ein Experte habe den Eindruck, dass Frauen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht die benötigten Informationen erhalten würden, an wen sie sich wenden könnten, wenn es Probleme gebe.
- es wichtig sei zu fragen was sich Frauen bereits zum Stillen überlegt hätten, beziehungsweise was ihre Erfahrungen dazu sind, um ihnen mögliche Ängste zu nehmen.
- Erstgebärende nicht oder sehr selten in der Schwangerschaft zur Stillberatung kommen würden. Bei Erstgebärenden bestehe häufig die Ansicht, dass das Stillen „schon klappen“ werde. In der Schwangerschaft würden Zweitgebärende Frauen kommen, wenn das Stillen beim ersten aus welchen Gründen auch immer nicht geklappt habe.

Ankerbeispiele:

„Und das ist ganz, ganz wenig Information die ich vorher brauch.“

„Ich brauch mich nämlich dafür nicht 100mal mit einer Frau treffen, weil dann mach ihr vielleicht zu viel Angst durch zu viel Informationen.“

„Ich glaub, dass man sich, grad bei Geburtshilfe und beim Stillen, kann man sich nicht bilden, weil das so individuell ist.“

„Die jeden Artikel lesen, unendlich viele Fragen haben, großes Informationsbedürfnis haben,

obwohl sie eh selber soviel lesen und die Informationen gar ned einordnen können.“

„Des san oft so Frauen die des Selbstvertrauen eigentlich nicht haben, oder die dieses Hören auf die auf den eigenen Körper.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Folgende Aussagen kamen unter den Stillenden vor, nämlich (dass)...

- in der Schwangerschaft keine Informationen über das Stillen eingeholt zu haben, da sie der Meinung war, dass sie dieses auf sich zukommen lassen wolle beziehungsweise sich erst für Sachen interessieren würde, wenn sie diese brauche.
- sich bei ihrem ersten Kind gar nicht mit dem Stillen beschäftigt zu haben. Sie habe einige Informationen von einer Freundin erhalten, welche schon ein Kind hatte.
- eine Teilnehmerin daraufhin wies, dass sie glaube, wenn man schlechter über das Stillen informiert sei, das Risiko höher wäre schneller mit dem Stillen aufzuhören, weil man nicht auf mögliche Probleme vorbereitet sei.
- durch die fehlende Vorinformation über das Thema Stillen, Opfer ungünstiger Beratung geworden zu sein.
- die Erfahrung gemacht zu haben, dass man sich schon vor der Geburt über das Stillen informiert haben sollte, sonst sei man in der Klinik überfordert.

- sich eine Frau auf die Geburt sehr gut vorbereitet, aber sich über das Stillen keine Gedanken gemacht habe.
- sich andere Teilnehmerinnen intensiv in der Schwangerschaft eingelesen hätten. Eine Teilnehmerin gab an, dass sie sich durch das Einholen von Informationen gegen schlechte Beratung vorbereiten wollte.
- man sich aktiv um Informationen bemühen müsse sonst würde man diese nicht bekommen. Außerdem müsse man selbst Interesse zeigen und sich einlesen, informieren und nachfragen um Informationen zu bekommen. Die Teilnehmerin meinte im Nachhinein, dass sie sich zu wenig über das Stillen vorinformiert habe.
- es aus Sicht einiger Teilnehmerinnen für Schwangere zu empfehlen sei, Stillgruppen einige Male vor der Geburt zu besuchen, um zu sehen wie es den Frauen gehe und wie das Stillen funktioniert. Eine Teilnehmerin gab an, es zu bereuen, nicht bereits in der Schwangerschaft in die Stillgruppe gekommen zu sein. Es helfe, zu hören wie andere mit Stillproblemen umgehen und welche Lösungsansätze sie verfolgen. Man könne dadurch Dinge erfahren, welche in keinem Buch geschrieben stehen würden.
- eine Teilnehmerin sich in der zweiten Schwangerschaft nicht mehr über Stillen informiert habe, da sie wusste wo sie sich hinwenden könne, falls es Probleme geben würde.
- das Stillbuch von Hannah Lothrop von mehreren Teilnehmerinnen gelesen wurde, welches ihnen zu umfangreich und zu dogmatisch gewesen sei. Außerdem werde das Stillen als einzige Möglichkeit dargestellt ein Kind adäquat zu versorgen. Eine andere Teilnehmerin wies daraufhin, dass das Buch bereits veraltet sei.
- mehrere Folder, ein Buch aus dem GU - Verlag und in Internetforen zum Thema Stillen gelesen wurde.
- sich eine Teilnehmerin am Tag vor der Geburt ein Stillbuch gekauft und dieses am selben Tag ausgelesen habe. Sie meinte froh gewesen zu sein, dieses gelesen zu haben, da sie einen Einblick bekommen habe was auf sie zukommen

könne. Außerdem konnte sie dadurch im Krankenhaus besser zeigen was sie wolle, wie zum Beispiel so rasch wie möglich und alle paar Stunden anzulegen.

- Informationen zum Stillen laut Angaben der Frauen nicht durch Informationen von Expertinnen und Experten, sondern durch Medien, wie Bücher und Internet außerdem über Bekannte, Freunde und Familie angeeignet wurden.
- es nicht nur die Möglichkeit gebe zu stillen oder die Flasche zu geben, sondern man könne auch abpumpen oder das Füttern mit einem Brusternährungsset, Becher oder Löffel versuchen. Das Fläschchen zu geben sollte aus Sicht zweier Teilnehmerinnen die letzte in Erwägung gezogene Möglichkeit sein.

Ankerbeispiele:

„Ich hab die Hannah Lothrop gelesen, was für mich für meinen Geschmack war das ein bissl zu [...] dogmatisch. Zu zu sehr. Stillen ist das Einzige, alternativlos.“

„Ich hab mir gedacht je mehr ich drüber weiß, desto gewadmeter bin ich gegen schlechte Beratung.“

„I hab mi total viel über die Schwangerschaft informiert aber übers Stillen eigentlich gar net.“

„Ich hab mir einfach gedacht, ich schau mal ob's klappt und wenn's nicht klappt, muss ich mir eh was überlegen.“

„Also ich bin auch ein bissl Opfer worden, fällt mir jetzt grad ein, dass ich mich vorher nicht informiert habe.“

„Bei mir wars so ich hab mich vor vorm ersten Kind überhaupt nicht damit beschäftigt, also.“

Schwangerengruppe:

Folgende Aussagen wurden von den Schwangeren getätigt, nämlich...

- sich entschieden zu haben, stillen zu wollen beziehungsweise es zu versuchen, sich aber diesbezüglich noch nicht informiert zu haben.

- nicht vorzuhaben sich über das Stillen zu informieren, da sie sich nicht mit schriftlichem Material belasten wolle, sondern das Stillen auf sich zukommen lassen wolle.
- in der Schwangerschaft sei das Stillen ein nebensächliches Thema. Eine Teilnehmerin meinte sich vorstellen zu können, dass je näher die Geburt rücke, desto eher könne das Stillen zu einem Thema werden, doch im Moment sei es noch zu sekundär. Eine Teilnehmerin gab an, dass ihre Gedanken bis zur Geburt reichen würden und alles was nach der Geburt passiere, lasse sie bisweilen auf sich zu kommen.
- Freunde zu haben, welche vor der Befragten ein Kind erwarten würden und daher zu hoffen von diesen hilfreiche Tipps zu bekommen.
- noch nicht mit einer Gynäkologin beziehungsweise einem Gynäkologen über das Stillen gesprochen zu haben, da jetzt die Schwangerschaft im Vordergrund stehen würde.
- in Zeiten des Internets reichlich Informationen auch zum Thema Stillen einholen zu können. Es bestehe von Seiten der Frauen nicht das Bedürfnis sich mehr Informationen zu beschaffen, denn es könne sich sowieso jeder holen was er brauche.
- zu wissen, dass es viele Informationen zum Thema gebe. So hätten sie vom Gesundheitsministerium sowie bei der Frauenärztin oder beim Frauenarzt nach der ersten Mutter - Kind - Pass-Untersuchung eine Broschüre zum Thema Stillen erhalten. Außerdem wurde eine Teilnehmerin während des Informationstages in einem Krankenhaus darüber informiert, dass es Stillabende gebe, auf denen sie sich vorinformieren könne.
- nicht beurteilen zu können, wie die Informationen, welche erlangt werden können qualitativ zu bewerten wären, da sie noch nicht viel dazu gelesen habe.
- bereits von Freundinnen und Verwandten etwas zum Thema Stillen gehört zu haben. Daher wisse sie, dass es Probleme geben könne.

- mehrere Stillbücher von Verwandten und Bekannten bekommen zu haben. Außerdem habe diese Teilnehmerin bereits mit einer Hebamme Kontakt aufgenommen und von dieser Materialien zum Stillen bekommen.
- bereits auf positive Effekte des Stillens hingewiesen worden zu sein.

Ankerbeispiele:

„Also ich geh davon aus, dass ich Stillen möchte, wenn ich kann, aber dass ich mich jetzt richtig übers Stillen schon informiert hätte noch nicht.“

„Und dann hab ich mir gedacht ja ich will auch gar net so viel drüber wissen, weil ich lass das jetzt auf mich zukommen, und dann werd ich eh sehn wies geht oder nicht geht, ja.“

„Bei uns also im Krankenhaus haben die haben auch irgendwie drauf hingewiesen, dass sie das sehr fördern würden, wenn man das wenn man stillen möchte und auch für die Mutter-Kind-Beziehung und so.“

„Irgendwie mein Horizont reicht eigentlich auch so hauptsächlich bis zur Geburt.“

„Ich glaub wenn man will kann man sehr viele Informationen bekommen. (F) In Zeiten von Internet, ja.“

Code: Vorstellungen und Einstellungen (VEI)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Aussagen kamen unter den Expertinnen und Experten vor, nämlich (dass)...

- die theoretischen Vorstellungen der Frauen bezüglich des Stillens nicht mit der Realität übereinstimmen würden. Dies betreffe zum Beispiel die Anlegedauer und den Zeitaufwand, welcher mit dem Stillen einhergehe. Demzufolge seien viele Frauen überrascht, dass das Stillen oftmals eine schwierige Arbeit ist, bei welcher man zu Beginn wenig Schlaf bekomme.

- es wichtig sei, dass das Stillen als natürlicher Ablauf in den Alltag integriert werde und diesem kein besonderer außernatürlicher Stellenwert eingeräumt werde.
- eine Expertin oder ein Experte im Gegensatz zu manchen Frauen der Ansicht sei, dass das Stillen keine außernatürliche erbrachte Leistung sei, sondern eine Haltung die von Frauen eingenommen werde, denn Stillen zu können werde von vielen Frauen als eine erbrachte beziehungsweise zu erbringende Leistung empfunden.
- die Stillquote beim Verlassen des Krankenhauses sehr hoch sei. Eine Expertin oder Experte meinte, dass 20 % der Kinder vollstillend nach Hause gehen würden, wobei die meisten Kinder teilgestillt nach Hause entlassen werden. Die Expertin oder der Experte hat die Vermutung, dass viele Frauen ein paar Tage nach dem Verlassen des Krankenhauses auf Flaschennahrung umsteigen würden. Der Umstieg auf Flaschennahrung beziehungsweise Teilstillen würde unter anderem deshalb praktiziert werden, weil die Frauen glauben würden, dann durchschlafen zu können.
- es primär zu akzeptieren sei, wenn eine Frau nicht stillen wolle.
- der grundsätzliche Zweifel, Stillen zu können bei vielen Frauen vorhanden sei.
- Beratung dort ansetzen müsse, wo die Frau stehe. Die Arbeit falle allerdings mit jenen Frauen leichter, welche sich interessieren würden.
- die wichtigste Informationsquelle für die Frauen in erster Linie die Geburtsklinik und dann die Kinderärztin oder der Kinderarzt sei. Deshalb seien diese Institutionen wichtig, um Informationen weiter zu transportieren.
- nur jene Frauen mit Empfehlungen erreichen zu müssen, welche im Spital zu betreuen seien, denn mehr Frauen wolle und brauche man nicht zu erreichen.
- unter den Frauen häufig die Ansicht besteht, dass es egal sei, ob ein Kind gestillt werde oder nicht, denn es würde auch ohne Muttermilch erwachsen werden. Daher ist eine Expertin oder ein Experte der Meinung, dass es wichtig sei, die Bedeutung des (ausschließlichen) Stillens zu transportieren und dass es nicht egal sei, ob ein Kind gestillt werde oder nicht. Die Expertin oder der

Experte wies darauf hin, dass zwar auch durch die Gabe von Flaschennahrung eine gesunde Entwicklung möglich sei, jedoch trotzdem der Muttermilch der Vorzug zu geben ist.

Ankerbeispiele:

„Also wenn wirklich alle diese Frauen die sagen sie haben zu wenig Milch, dann wäre die Menschheit ausgestorben. Dann wären ja mal 50% der Kinder verhungert, wo es uns noch nicht so gut gegangen ist.“

„Viele kommen mit vorgefertigten Meinungen her. Mir persönlich tut der Ausspruch, I probiers hoit amol, weh.“

„Alle die im Spital sind, erreicht man damit. Und mehr will ich nicht erreichen. Ich brauch nur die erreichen die im Spital aufgenommen sind.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Folgende Vorstellungen und Einstellungen haben die Frauen, nämlich (dass)...

- sich eine Teilnehmerin in der Schwangerschaft gedacht habe, gerne stillen zu wollen, doch war sie sich nicht sicher, ob sie es wirklich tun wird.
- sich eine Teilnehmerin in der Schwangerschaft vorgenommen habe zu stillen. Allerdings habe sie nicht gedacht, dass ihr das Stillen Probleme bereiten werde. Andere Teilnehmerinnen stimmten zu, dass sie sich dies auch leichter und weniger schmerzhaft in der Umsetzung, vorgestellt hätten. Aus heutiger Sicht finden sie das Stillen praktisch.
- das Stillen auf sich zukommen lassen wolle, weil sie sich nicht durch zu viele Informationen verunsichern lassen wolle. Dieses Vorgehen habe sich aus ihrer Sicht bewährt.
- die Eltern ihrer Generation schneller bei Problemen abgestellt hätten als die Frauen heutzutage.

- es in ihrer Vorstellung bereits so verankert gewesen wäre, ein Fläschchen für ein Neugeborenes zu benötigen. Daher wollten diese trotz eines Stillwunschs ein Fläschchen besorgen.
- das Stillverhalten milieuabhängig sei und demnach eher Frauen aus höheren Bildungsschichten stillen und sich über die Vorteile des Stillens Gedanken machen würden.
- eine Teilnehmerin, bevor sie sich selbst damit auseinandergesetzt habe Mutter zu werden, der Meinung gewesen wäre, dass stillende Frauen alternativ wären. Diese Einstellung wurde von anderen Teilnehmerinnen geteilt.
- das Stillen für viele Frauen immer noch nicht normal und alltäglich sei. Dies betreffe aus Sicht einer Teilnehmerin vor allem das Stillen in der Öffentlichkeit.
- die Erwartungshaltung des Stillens nicht so groß wäre, wenn man bereits in der Schwangerschaft intensiver aufgeklärt werde. Demzufolge würden sich die Teilnehmerinnen eine bessere Aufklärung bezüglich der möglichen auftretenden Probleme sowie Adressen für Hilfestellungen wünschen.
- es nicht schlimm gewesen sei, nicht von ihrer Gynäkologin oder ihrem Gynäkologen in Bezug auf das Stillen beraten worden zu sein beziehungsweise meinte eine andere Frau nicht auf die Idee gekommen zu sein, die Gynäkologin oder den Gynäkologen wegen einer Stillberatung zu konsultieren. Andere Teilnehmerinnen stellten die Frage in den Raum, ob die Gynäkologin oder den Gynäkologen dieses Thema betreffe beziehungsweise etwas angehen würde. Eine Frau meinte, dass sie nicht glaube, dass die Gynäkologin oder der Gynäkologe dazu verpflichtet sei, sich mit dem Thema zu befassen. Dieser sei für die Betreuung der Schwangerschaft und eventuell der Geburt zuständig. Einige Teilnehmerinnen gaben an, auch nicht die Kinderärztin oder den Kinderarzt bezüglich einer Stillberatung konsultiert zu haben. Eine Teilnehmerin meinte, dass es nicht notwendig sei die Kinderärztin oder den Kinderarzt beziehungsweise die Gynäkologin oder den Gynäkologen wegen einer Beratung aufzusuchen, wenn man sich anders weiterbilden würde. Als Beispiel führte sie den Besuch einer Stillgruppe an.

- es beim Stillverhalten häufig zwei Extreme gebe. Zum einen die Gruppe von Frauen, welche unbedingt stillen wollen und sich selbst großen Druck auferlegen würden und andererseits die Gruppe, welche das Stillen nicht einmal in Erwägung ziehen würden. Demzufolge müsse man einen gesunden Mittelweg finden können.
- man bis zu einem Alter von eineinhalb Jahren des Kindes nicht daran zu denken brauche, durchschlafen zu können. Viele Frauen sind der Meinung, dass gestillte im Gegensatz zu mit Säuglingsanfangsnahrung ernährten Kindern nicht durchschlafen würden, was aus Sicht einer Teilnehmerin nicht der Wahrheit entspreche.
- die Zeit des Wochenbetts in der Werbung viel zu harmonisch und damit falsch dargestellt werde.
- ihr Kind und sie selbst das Stillen erst erlernen mussten. Des Weiteren brauche man Durchhaltevermögen, damit das Stillen funktioniere. Eine Teilnehmerin ist der Meinung, dass es um jede Stillbeziehung, welche unfreiwillig aufgegeben werde, schade sei.
- sich Väter weniger um die Neugeborenen kümmern sollten als um die Mütter selbst, denn aus Sicht der Teilnehmerin wäre ein Neugeborenes irritiert, wenn plötzlich der Vater das Fläschchen geben würde, da die Kinder dann nicht mehr wissen würden, an wen sie sich wenden sollen, wenn sie Hunger haben. Aus diesem Grund findet es die Teilnehmerin problematisch, wenn oftmals beworben werde, wie großartig sich die Väter um die Neugeborenen kümmern würden, denn dies sei Aufgabe der Mutter.
- es wichtig sei selbst die Einstellung zu haben, dass man stillen könne beziehungsweise sich selbst Mut mache und die entsprechende Unterstützung habe.
- eine Teilnehmerin das Stillen auf sich zukommen ließ und dass es kein Problem für sie gewesen wäre, wenn es nicht funktioniert hätte.

- die Devise verfolgt werde, dass das Stillen so lange dauern sollte wie es Mutter und Kind angenehm ist. So habe die Hebamme der Frau gesagt, dass eine Stillbeziehung beendet sei, wenn einer von beiden nicht mehr wolle.
- ein Jahr und darüber hinaus zu stillen im täglichen Leben nicht einschränke.
- langes Stillen früher (meint die Elterngeneration) nicht üblich gewesen wäre und man daher bei dieser Generation oft auf Unverständnis stoße.

Ankerbeispiele:

„und wenn man sich ausrechnet was das erste halbe Jahr an Folgemilch kostet, ist das auch ein Faktor.“

„Den Glauben, wenn das Kind abgestillt wird und das Flascherl gefüttert, dann würde das Kind durchschlafen.“

„Die Frage ist, geht's den Gynäkologen was an!?“

„Ich glaub halt auch, wenn ich so zurück denke, bevor ich gestillt habe, vielleicht bevor ich mich damit beschäftigt habe auch Mama zu werden oder so schon eher so das Bild von der stillenden Mutter... schon eher Ökomutter.“

„Ich hab mir das aber nicht so schwierig vorgestellt wie's dann wirklich war.“

„I hab das Gefühl, wir haben das beide lernen müssen.“

„[...] weil Kinder in dem Alter ein Saugbedürfnis haben und ich finds komisch, wenn ein Kind mit dem Schnuller zustoppel, ihm aber die Brust verweigere.“

Schwangerengruppe:

Folgende Aussagen kamen unter den Schwangeren vor, nämlich (dass)

- sich eine Teilnehmerin dafür entschieden habe stillen zu wollen, wenn sie dies könne. Eine andere Teilnehmerin habe auch den Wunsch zu Stillen, allerdings bestünden Zweifel, ob es funktionieren werde.

- eine Teilnehmerin das Stillen auf sich zukommen lassen wolle und hoffe, dass ihre Hebamme ihr beim Stillen behilflich sein werde.
- das Stillen praktisch sei, da es immer verfügbar wäre und die Milch die richtige Temperatur habe.
- die Einstellung bestehe, dass das Stillen für eine gesunde Entwicklung nicht notwendig sei. Als Beispiel führten sich die Teilnehmerinnen, welche dieser Meinung waren, selbst an, denn diese wurden auch nicht gestillt und seien gesund. Daher wolle sich die Frau nicht selbst Druck auferlegen, dass das Stillen in jedem Fall funktionieren müsse.
- eine Teilnehmerin bezüglich der Stilldauer für sich selbst eine „Deadline“ habe. Sie wolle nicht länger als ein Jahr stillen.
- sich eine Teilnehmerin vornehme ein halbes Jahr zu stillen. Dies habe unter anderem den Grund, dass sie nicht solange an das Kind gebunden sein wolle. Am Anfang sei Stillen gut, aber dann wolle die Frau wieder unabhängiger sein. Diese Meinung teilten die anderen Teilnehmerinnen ebenfalls.
- es schwierig sei im Vorhinein zu beurteilen wie lange man stillen wolle.
- eine Fokusgruppenteilnehmerin ihr zweites Kind erwarten würde und meinte, wenn das Stillen diesmal funktioniere, stillen zu wollen.
- eine Teilnehmerin ein persönliches Versagensgefühl verspüren würde, wenn das Stillen nicht funktionieren würde. Eine andere Teilnehmerin meinte dazu, dass es nicht die Schuld der Frau wäre, wenn das Stillen nicht klappe. Daher ist die Teilnehmerin der Ansicht, dass man als Frau kaum beeinflussen könne, ob das Stillen funktioniere, denn es liege an der Natur, ob das Kind die Brust finden und akzeptieren würde oder nicht und sei von Kind zu Kind unterschiedlich. Man habe aus Sicht einer Teilnehmerin keinen Einfluss darauf, ob man ein Kind bekomme, welches gerne stille oder nicht. Man müsse jeglicher Entwicklung offen gegenüber stehen und dankbar sein, wenn das Stillen klappe.
- eine Teilnehmerin vorhabe Stillberatung in Anspruch zu nehmen.
- andere Themen in der Schwangerschaft Vorrang vor dem Nachdenken über das Leben inklusive Stillen nach der Geburt des Kindes hätten.

- es ein Privileg sei als Frau ein Kind natürlich ernähren zu können. Außerdem wisse man nicht, wie oft man ein Kind bekommen würde.

Die Vorteile des Stillens aus Sicht der Schwangeren seien...

- die Mutter - Kind - Beziehung, welche sich durch das Stillen verstärken würde.
- eine Teilnehmerin meinte, dass nicht die gesundheitlichen Gründe, sondern hauptsächlich die beziehungsfördernde Wirkung des Stillens sie dazu motiviere, das Stillen zu versuchen.
- die Praktikabilität des Stillens.

Ankerbeispiele:

„[...]viel Wissen macht Kopfweh, und obs jetzt bei der einen funktioniert und bei der anderen weh tut und bei der so ist und bei der so ist, bei mir wirts wieder anders sein [...]“

„Aber ich bin jetzt nicht gestillt worden, ich persönlich und aus mir is auch was gwordn.“

„Kann man jetzt glaub ich als Frau gar nicht, gar net viel beeinflussen, obs jetzt funktioniert oder nicht, ja.“

„Einfach diese Mutter-Kind-Beziehung das sagen alle, das is irgendwas Besonderes beim Stillen.“

„Ich find das einfach schön, wenn, wenn man diesen Kontakt hat. Ich glaub das is was ganz was Besonderes, ja.“

Code: Verunsicherung durch Privatpersonen sowie Expertinnen und Experten (VUP)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Aus Sicht einer Expertin oder eines Experten würden sich Frauen häufig in einem Zwiespalt befinden, da sie viele unterschiedliche Meinungen, sowohl von Expertinnen

und Experten als auch von Privatpersonen, hören würden. Dies führe bei Frauen häufig zu Verunsicherung und es belaste diese, unterschiedliche Meinungen und Ratschläge von Expertinnen und Experten zu erhalten.

Ankerbeispiele:

„Weil [...] belastet sie, dass sie unterschiedliche Informationen kriegen von verschiedenen Pflegepersonen.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews

Gruppe der Stillenden:

Folgende Aussagen kamen unter den Teilnehmerinnen vor, nämlich (dass)...

- man oft höre, sich aus den Informations- und Meinungsangeboten die subjektiv passendste herauszuholen.
- die Aussagen von Privatpersonen häufig verunsichern würden. Dies geschehe aus der Sicht der Teilnehmerinnen zwar nicht absichtlich, wirke sich aber trotzdem störend aus. Einige Beispiele der Teilnehmerinnen waren:
 - „Schau der vertragt die Milch net“. Diese Aussage wurde geäußert, da das Kind sich nach dem Stillen übergeben habe.
 - Häufig werde man gefragt, ob man noch genug Milch habe beziehungsweise dass man dem Kind zu viel gegeben habe oder warum man überhaupt noch stille.
- man als Frau vor dem Besuch des Krankenhauses eine eigene Meinung beziehungsweise Vorstellung bezüglich des Stillens haben sollte, da man sonst mit den unterschiedlichen Meinungen überfordert sei, denn es habe jede Expertin und jeder Experte, egal ob Säuglingsschwester, Hebamme oder Kinderarzt seine eigene Meinung. Eine andere Teilnehmerin bestätigte das, da sie von einer Expertin oder einem Experten gehört habe, dass sie eine Stillwiegung, also vor und nach dem Stillen das Kind zu wiegen, durchführen sollte. Eine andere Krankenschwester meinte, sie solle zufüttern und eine

weitere Expertin beziehungsweise ein weiterer Experte meinte, dass sie ihr Kind trinken lassen solle, da sich das Stillverhalten einpendeln würde.

- sie es verstehen würde, wenn Expertinnen und Experten aus verschiedenen Krankenhäusern unterschiedliche Meinungen vertreten würden, aber innerhalb eines Hauses sollte eine einheitliche Meinung vorherrschen.
- Expertinnen und Experten unterschiedlich hilfsbereit wären. So würden aus Sicht dieser Teilnehmerin manche Expertinnen und Experten das Gefühl vermitteln, dass man alles zum Thema Stillen und Säuglingspflege bereits wissen müsse. Andere Expertinnen und Experten seien aus Sicht der Teilnehmerin einfühlsam und hilfsbereit.
- eine Teilnehmerin sehr unzufrieden mit der Beratung im Krankenhaus gewesen war, da sie sich mit ihren Problemen allein gelassen gefühlt habe. Die Beratung war aus Sicht der Teilnehmerin von Experte zu Experte beziehungsweise Expertin zu Expertin sehr unterschiedlich. Das Krankenhaus war aus Sicht der Teilnehmerin überfüllt, sodass Frauen mit ihren Betten am Gang standen und die Krankenschwestern keine Zeit für die adäquate Betreuung der einzelnen Frauen hatten. Daher sei die Frau bereits am zweiten Tag nach Hause gegangen.
- auch in Zeitschriften Unterschiedliches zum Thema Stillen geschrieben stehe. Je nachdem welche Zeitschrift man lese, werde eher zum Stillen oder der Griff zum Fläschchen angeraten.
- eine andere Teilnehmerin die Beratung im Krankenhaus ebenfalls als sehr schlecht empfunden habe, da man ihr sofort geraten hätte, ein Stillhütchen zu verwenden. Sie habe ambulant entbunden und wurde von einer Hebamme betreut, welche ihr gesagt habe, dass sie kein Stillhütchen zu verwenden brauche. Dadurch gab die Frau an, sich stark verunsichert gefühlt zu haben.
- eine Teilnehmerin meinte in der ersten Zeit nach der Geburt generell schnell verunsichert zu sein. Man frage sich häufig, ob man etwas falsch mache oder ob etwas mit dem Kind nicht stimme.

- unter Verwandten und Bekannten unterschiedliche Meinungen zum Thema Stillen vorkamen, wie zum Beispiel, dass das Kind nicht alle zwei Stunden trinken solle.

Ankerbeispiele:

„Privatpersonen san, kummt ma vor intuitiv auf Verunsicherung aus. Also so hab ich meine, meine Freunde alle erlebt. Kurz gesagt.“

„Also ich hab die Erfahrung gemacht, man muss sich halt schon vorher informiert haben sollte. Also wenn man völlig unerfahren in die Klinik geht, dann verliert man schnell den Kopf.“

„Ja, das hab ich auch beobachtet, dass sie sich nicht einig sind, was sie sagen.“

Schwangerengruppe:

Folgende Aussagen kamen unter den schwangeren Teilnehmerinnen vor, nämlich (dass)...

- es schwierig sei sich zu entscheiden, welche Bücher man zum Thema Stillen lesen beziehungsweise welche Informationen man einholen solle.
- sich im Moment eigentlich nicht von unterschiedlichen Informationen verunsichert zu fühlen. In diesem Belangen waren sich alle Teilnehmerinnen einig. Eine Teilnehmerin erklärte dies dadurch, dass sie noch nicht viele Informationen eingeholt habe.
- die von einer Teilnehmerin bisher eingeholten Informationen alle in eine Richtung gehen würden und nicht konträr wären. Die Informationen seien nicht verwirrend oder gegensätzlich.

Ankerbeispiele:

„Aber, aber ein paar wo man dann halt auch nicht weiß am Anfang welches jetzt auf welches man sich stürzen soll, was man lesen soll, welche Informationen ma einholen soll, welche qualitativ eben gut sind oder nicht.“

„Nein, also verunsichert. Eigentlich gar nicht.“

Code: Information durch Expertinnen und Experten (IE)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Die befragten Expertinnen und Experten meinten, dass...

- alle Frauen die an der von der Expertin oder dem Experten geleiteten Geburtsvorbereitung teilnehmen, Informationen zum Thema Stillen erhalten würden. Allerdings gehe eine Information, welche in der 17. oder 18. Schwangerschaftswoche erhalten werde, nicht in das Bewusstsein der Frauen über, da andere Themen in dieser Zeit vorrangiger seien. Es gebe gute Studien darüber wie Frauen motiviert werden könnten und was ihnen helfe erfolgreich zu stillen. Es sei allerdings nicht wissenschaftlich geklärt, wie in dieser Zeit zu den Frauen vorgedrungen werden könne.
- einen Tag bevor eine Frau nach Hause entlassen werde, ein Entlassungsgespräch stattfinden würde. Die Frauen würden eine Informationsbroschüre mit nach Hause bekommen, in welchem alle Kontaktdaten der im Krankenhaus arbeitenden Hebammen mit Name, Telefonnummer und eventuell vorhandenem Kassenvertrag, enthalten seien. Zusätzlich würden Frauen Broschüren erhalten, in welchem alle Hebammen angeführt wären, welche freiberuflich arbeiten würden. Im Kinderzimmer werde zusätzlich noch eine selbsterarbeitete Stillinformation an die Frauen ausgehändigt.

Ankerbeispiele:

„Aufgeklärte, österreichische Erstgebärende, 30 Jahre alt, die erwartet sich absolut eine Information zum Stillen. Die erwartet sich auch, dass man sie entbindet und nicht, dass sie gebären kommt.“

„Das ist eine eigene Hebammenbroschüre von unserem Gremium, kommt jedes Jahr raus und da stehen alle Hebammen drinnen, die freiberuflich gemeldet sind mit ihren Leistungen.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden

Die befragte(n) stillende(n) Teilnehmerin(nen) meinte(n), (dass)...

- von Expertinnen und Experten, wie Ärzte, Hebammen oder Kinderkrankenschwestern, keine Auskunft bezüglich des Stillens erhalten werde, wenn man nicht selbst nachfrage.
- in dem Krankenhaus, in welchem die Teilnehmerin entbunden habe, das Stillen weder von Ärztinnen und Ärzten noch Krankenschwestern gefördert wurde.
- sich in dem Krankenhaus, in welchem sie entbunden habe, wohlfühlt hätte. Es habe dort eine Stillberatung gegeben, bei welcher man aufgeklärt wurde. Sie wurde dahingehend aufgeklärt, dass sie ihr Kind alle drei Stunden aufwecken und stillen solle. Außerdem seien im Krankenhaus verteilt Plakate, auf welchen verschiedene Stillpositionen abgebildet waren, aufgehängt gewesen.
- Informationsbroschüren zum Thema Stillen in Eltern - Kind - Zentren, im Krankenhaus, von dem Gesundheitsministerium, innerhalb des Mutter - Kind - Passes sowie innerhalb der Hebammensprechstunden erhalten zu haben beziehungsweise zu finden gewesen wären.
- die Informationen in den ausgehändigten Broschüren nicht hilfreich gewesen wären.
- im Krankenhaus gefragt worden zu sein, ob ein Stillwunsch bestehe beziehungsweise ob Abstilltabletten bereitgestellt werden sollten.
- ihr im Krankenhaus verschiedene Stillpositionen gezeigt worden wären.
- vor dem Krankenhausaufenthalt keine Informationen zum Thema Stillen erhalten zu haben, da sie zu keinem Kurs gegangen sei. Sie habe das Stillen bei einer Freundin beobachten können.

- in Bezug auf das Stillen ausreichend informiert worden zu sein.
- keine konkreten Informationen zum Stillen erhalten zu haben.
- die hilfreichsten Informationen sowie Betreuung während Schwangerschaft und Stillzeit von den betreuenden Hebammen und Stillberatern gekommen wären.
- es genügend Informationen zum Thema Stillen gebe. Allerdings müsse man sich selbst aktiv, zum Beispiel bereits in der Schwangerschaft, darum kümmern diese zu erhalten. Es sei aus Sicht einer Teilnehmerin gut, bereits in der Schwangerschaft per Posteinwurf Informationen bezüglich des Stillens zu erhalten.
- von einer Krankenschwester während des Milcheinschusses aufgefordert worden zu sein, mit einer Spritze, in welcher Zusatznahrung enthalten war, zuzufüttern.
- sich mehr Unterstützung von den Krankenschwestern gewünscht zu haben.

Information von Kinderärztin und Kinderarzt, Gynäkologin und Gynäkologe sowie Schwangerenambulanz

Folgende Erfahrungen wurden bei der Gynäkologin sowie beim Gynäkologen, Kinderärztin und Kinderarzt und in der Schwangerenambulanz von den stillenden Teilnehmerinnen gemacht, nämlich (dass)...

- keine Informationen bezüglich des Stillens in der Schwangerschaft erhalten wurden. Auch gaben die Frauen mehrheitlich an, nicht auf positive Effekte des Stillens hingewiesen worden zu sein. Die übrigen Frauen konnten nicht mit Sicherheit sagen, ob etwas bezüglich Stillen in der Schwangerschaft gesagt wurde. Wenn das Stillen im Zuge einer Beratung erwähnt werde, dann gehe die Empfehlung eher in die Richtung nicht zu stillen oder nicht stillen zu müssen.
- die Gynäkologin beziehungsweise der Gynäkologe ein Ansprechpartner für Stillen zu sein habe, weil dort jede Frau während ihrer Schwangerschaft hingehöre. Er solle thematisieren und nachfragen, ob die zu behandelnde Frau vorhabe zu stillen.

- im Krankenhaus daraufhin gewiesen worden zu sein, dass es einen Informationstag in diesem gebe.
- die Kinderärztin oder der Kinderarzt immer nur nach dem Stillverhalten gefragt habe und eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt einer Teilnehmerin die Adresse einer guten Stillberaterin übermittelt habe.
- sich nicht gut von der Kinderärztin beziehungsweise dem Kinderarzt beraten gefühlt zu haben. Diese habe ihr zu früh empfohlen mit der Beikost zu beginnen und meinte ihr Kind müsse mehr zunehmen.
- das Stillen bei Expertinnen und Experten erst nach der Geburt ein Thema werden würde, es sei denn, man frage selbst nach.
- viele Kinderärztinnen und Kinderärzte die Wachstumsperzentilen für fehlernährte Kinder, wie jene von Milupa, und nicht die richtigen Perzentilen, nämlich jene der WHO, verwenden würden.

Ankerbeispiele:

„Genau! So schnell hat man gar nicht reagieren können, war scho ein Stillhütchen drauf.“

„Im Krankenhaus waren sehr viele Informationen dazu zu finden.“

„Geben tuts es schon, aber wenn man sich nicht drum kümmert, fliegen sie einem nicht zu.“

Schwangerengruppe:

Alle befragten schwangeren Frauen meinten, noch nicht von ihrer Gynäkologin beziehungsweise ihrem Gynäkologen bezüglich des Stillens aufgeklärt worden zu sein. Eine Teilnehmerin meinte, von ihrer Frauenärztin den Tipp erhalten zu haben, sich nicht zu viel über das Stillen zu informieren, da dies zu Verunsicherungen und unbegründeten Ängsten führen könnte.

Ankerbeispiele:

„Nein überhaupt nicht [...] darüber haben wir überhaupt noch nicht gesprochen.“

Code: Ausbildung (AU)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Ausbildung der Medizinerinnen und Mediziner sowie Hebammen

- Aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten lerne man in der Ausbildung zum Pädiater nichts zum Thema Stillen. Man müsse sich sein Wissen durch beispielsweise die praktische Arbeit am Wochenbett und durch den gegenseitigen Austausch mit Kollegen und Kolleginnen selbst aneignen. Es gebe eine Ausbildungsordnung, in welcher Ernährung inklusive Säuglingsernährung enthalten sei. Eine vorgeschriebene Ausbildung beziehungsweise eine Vorgabe was diese Ausbildungsordnung enthalten solle, sei nicht vorhanden. Auch werde Säuglingsernährung in der Facharztprüfung nur marginal abgefragt.
- Aus Sicht einer Expertin oder eines Experten sei in der medizinischen Ausbildung das Stillen als Thema nicht in allen Feinheiten, wie zum Beispiel wie oft angelegt werden solle, was die Bestandteile der Muttermilch seien, enthalten. Dies werde nur am Rande angeschnitten, da diesem Thema keine Wichtigkeit eingeräumt werde. Daher könne man sich in Bezug auf das Stillen nicht auf den Rat beziehungsweise das Wissen der Ärzte verlassen.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte meinte in der Ausbildung von einem stillfanatischen Kinderarzt unterrichtet worden zu sein. Dieser sei zu dieser Zeit der bedeutendste Stillförderer in Österreich gewesen. Durch diesen Kinderarzt wurde diese Ausbildungsgeneration sehr auf die Relevanz des Stillens hingewiesen und geprägt. Aus Sicht dieses Befragten würden sich die Inhalte der Ausbildung von Generation zu Generation unterscheiden.

Ankerbeispiele:

„In meiner Ausbildung...gar nichts.“

„Also in der medizinischen Ausbildung ist Stillen nicht unbedingt als Thema wirklich drin.“

Fortbildungen

- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies daraufhin, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte die Fortbildungen, welche sie besuchen nach ihren jeweiligen Interessen aussuchen dürften. Es gebe für einen Pädiaterinnen und Pädiater keine detaillierte, sondern nur eine generelle Fortbildungspflicht. Demzufolge werde nicht abgefragt, ob sich Pädiaterinnen und Pädiater aus allen relevanten Gebieten fortbilden, sondern nur ob sie sich generell fortbilden würden. Dies bedeute, dass Fortbildungen auch immer zu denselben Themen gemacht werden könnten.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies daraufhin, dass es in Wien für eine Krankenschwester keine Möglichkeit gebe die Laktationsberaterinnen - Ausbildung zu absolvieren. Dies sei nur möglich, wenn es ihr die eigene Oberschwester genehmige. In anderen Bundesländern, wie zum Beispiel Salzburg gebe es einen Bildungsscheck, welchen jede Krankenschwester bekommen würde und verwenden könne wie sie es möchte. Dieses System führe dazu, dass auf der Salzburger Kinderklinik 90 % der dort arbeitenden Krankenschwestern die Basisausbildung zur Laktationsberaterin hätten. Dort gehe fast jedes Kind gestillt nach Hause, da das Personal geschult sei und die Frauen die entsprechenden Informationen bekommen würden. In Wien gebe es dies nicht und außerdem nur eine Stillberaterin bei einer Anzahl von 40 - 50 Krankenschwestern pro Station.
- Das Problem der evidenzbasierten IBCLC - Ausbildung sei aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten, dass es nur manchmal von den Häusern bezahlt werde und meistens müssten es sich die Interessenten selbst bezahlen.

Ankerbeispiele:

„Also es wird nicht abgefragt, ob sie sich aus allen Gebieten fortbilden, sondern es wird... ob sie überhaupt Fortbildungen machen. Das heißt sie können Fortbildungen immer zum selben Thema zum Beispiel machen, ja!“

„I mein Sie müssen sich vorstellen in Wien zum Beispiel gibt es keine Möglichkeit für eine Schwester, wenns ihr net ihre eigene Oberschwester zahlt, die Stillberaterinnenausbildung zu machen.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Aus Sicht einer Teilnehmerin hätten Ärztinnen und Ärzte keine Ahnung vom Stillen, da dies in ihrer Ausbildung nicht enthalten sei. Sie würden zwar über die Pathologie jedoch nicht über die Physiologie des Stillens Bescheid wissen. Ähnliches gelte aus Sicht einer Teilnehmerin auch für Hebammen, welche sich ebenfalls diesbezüglich fortbilden müssten. Diese hätten drei bis zehn Stunden Theorie über das Thema Stillen. So sei es Eigeninteresse der Hebammen, ob sie sich in Bezug auf die Stillberatung weiterentwickeln und sich weiteres Wissen aneignen wollen würden.

Ankerbeispiel:

„Ich glaub das ist auch bei den Hebammen so, ich glaub die haben 3 Stunden oder 10 Stunden Theorie. Auch die Hebammen müssen sich fortbilden. Das ist Eigeninteresse von der Hebamme, dass sie gut in der Stillberatung wird oder nicht.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Ausbildung“ erhoben werden.

Code: Arbeitsweise (AW)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Themen und Ansichten konnten aus den Interviews mit den Expertinnen und Experten herausgearbeitet werden, nämlich:

Hebammen versus Kinderkrankenschwestern

- Eine frühere Generation an Hebammen habe sich einen großen Teil bezüglich der Arbeit am Wochenbett wegnehmen lassen. Die Hebammen seien nur noch im Kreissaal, jedoch nicht mehr im Wochenbett präsent. Die Aufgabengebiete hätten sich aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten geteilt, da die Kinderkrankenschwester für die Brust und die Wochenbettschwester für den Unterleib der Frau zuständig sei. Durch das neue System und die neue Arbeitsweise sei viel an Wissen verloren gegangen.
An der Optimierung der Situation werde seit Jahren in Arbeitskreisen gearbeitet, da die Hebammen aus Sicht dieser Expertin oder dieses Experten Erfahrung in der Nachbetreuung von Frauen hätten und dahingehend ausgebildet wären.
- Wochenbettschwestern beziehungsweise gynäkologische Krankenschwestern seien bezüglich der Abhaltung von Stillberatung nicht ausgebildet. Die Stillberatung und Betreuung der Säuglinge im Kinderzimmer werde von den Kinderkrankenschwestern fortgesetzt.
- Es gebe von Hebammen geleitete Nachbetreuung der Frauen, welche zu Hause stattfinde. Dies sei eine Leistung die im Vorhinein von den Frauen zu organisieren sei und zu 80 % von der Krankenkassa bezahlt werde.
- Die Stillrate sei in kleinen Spitälern in welchen das Stillen auch Aufgabe der Hebammen sei viel höher, als in großen Spitälern in welchen die Aufgaben geteilt werden würden. Eine Expertin oder ein Experte ist der Meinung, dass es von Vorteil wäre, wenn die Betreuung der Frauen beginnend vom Wochenbett über den Aufenthalt im Kinderzimmer von Hebammen vorgenommen werde.

- Wenn sich Frauen im Krankenhaus beziehungsweise in der Schwangerenambulanz zur Geburt anmelden, sei das Stillen noch kein relevantes Thema für die Frauen. Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies des Weiteren darauf hin, dass in der Ambulanz nicht die Zeit vorhanden sei sich intensiv mit den Frauen auseinander zu setzen. In der Schwangerenambulanz würden hauptsächlich bürokratische und administrative Arbeiten erledigt werden.

Zusammenarbeit mit Diätologinnen und Diätologen

- Eine Expertin und ein Experte wünsche sich hebammengeleitete Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel mit Diätologinnen und Diätologen. Dies habe besondere Relevanz bei der Betreuung von Müttern mit Diabetes oder beim Vorliegen pathologischer Werte, wo die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen von Nöten sei.
- Es gebe in der Ambulanz in einem Spital in Wien eine Diabetesberatung in der Diätologen arbeiten würden.
- Die Stillaufklärung sei nur bedingt Teil der Arbeit eines Diätologen beziehungsweise einer Diätologin. Es komme auf das Arbeitsgebiet an, ob Stillaufklärung als Arbeitsfeld dazu gehöre.
- Eine Expertin oder ein Experte sei als Diätologin oder Diätologe angestellt und habe zusätzlich die Stillberater- beziehungsweise Stillberaterinnenausbildung absolviert. Die Expertin oder der Experte wies daraufhin, dass die zusätzliche Ausbildung und Arbeit nicht honoriert werde, denn diese werde zwangsläufig freiwillig gemacht. Außerdem sei ein zusätzliches Problem, dass es manche Kolleginnen und Kollegen als Einmischung empfinden würden, wenn sich jemand nur aufgrund einer Zusatzausbildung in das Arbeitsfeld eines anderen einbringen wolle.

Stillberatung in freier Praxis

- Es werde als freipraktizierende Hebamme mehr Stillberatung praktiziert, als in Krankenhäusern.

Einstellung der Gynäkologin und des Gynäkologen sowie anderer Expertinnen und Experten

- Eine befragte Expertin oder ein befragter Experte sehe sich als Dienstleister und wies darauf hin, dass jegliches medizinisches Personal ein Dienstleister beziehungsweise ein Krankenhaus im Allgemeinen ein Dienstleistungsbetrieb, welcher Dienstleistungen an Patienten vollbringe, sei. Dies impliziere, dass sich das Personal an die Wünsche der Patientinnen und Patienten anzupassen und entsprechend diesen Bedürfnissen Informationen bereitzustellen habe. Die Expertin oder der Experte meinte, die Patientinnen schon über die Bedeutung, den Sinn und die Vorteile des Stillens aufklären zu müssen, wenn jedoch eine Patientin trotz vernünftiger Argumente nicht stillen möchte, sei dies zu akzeptieren.
- Stillen sei eines von vielen wichtigen Themen in der Arbeit einer Gynäkologin oder eines Gynäkologen.
- Eine Expertin oder ein Experte sieht seine Arbeit darin, die Frauen zu unterstützen, dass sie ihren gewählten Weg gut machen würden und sie in die für sie richtige Richtung zu lenken.
- Man müsse in der täglichen Arbeit aus Sicht einer Expertin oder eines Experten häufig gegen die Einflüsse von Verwandten ankämpfen, welche häufig wünschen würden, dass zugefüttert werde.
- Es finde eine Aufklärung über die Relevanz des Stillens bei jeder Beratung statt. Es werde bei Frauen, welche das Stillen ablehnen würden nachgefragt, warum sie nicht stillen wollen. Es komme selten vor, dass eine Frau trotz fundierter Stillaufklärung nicht stillen wolle, denn die meisten schwangeren Frauen würden den Wunsch haben zu stillen.
- Hebammen würden aus Sicht einer Expertin oder eines Experten hauptsächlich mit Schwangeren zusammenarbeiten. Es sei günstig, wenn das Paar als solches gemeinsam betreut werde und der Partner somit gleichermaßen die Stillinformation erhalten würde.

- Im Berufsalltag sei man aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten immer wieder gefordert die eigene Arbeitsweise zu hinterfragen. Denn man arbeite in vielen Belangen anders als vor einigen Jahren. Dies schließe die Arbeit im Bereich der Stillberatung nicht aus.

Bonding und Förderung der Mutter - Kind - Beziehung

- Es sei nach jeder Geburt, auch nach einer Sektio besonders relevant, das Bonding, die Mutter - Kind - Beziehung sowie das rasche Anlegen an die Brust zu fördern. Aus Sicht einer Expertin oder eines Experten werde daran gearbeitet, dass Bonding im Kreissaal zu ermöglichen, allerdings sei dies in der Umsetzung schwierig, da noch Untersuchungen an den Kindern, wie Vermessungen, ein Abklatsch, Abdruck und das Abwiegen des Kindes vorgenommen werden müsse. Dies sei eine standardisierte Arbeit, welche auch bei einem gesunden, unauffälligen Neugeborenen durchgeführt werden müsse. Erst wenn dies erledigt sei, dürfe das Neugeborene zur Mutter gebracht werden.
- Es sei wichtig gesunde Mütter und Kinder nicht zu trennen und die Kinder gleich an der Brust saugen zu lassen.
- Das Stillen beginne mit dem ersten Mal Anlegen im Kreissaal und auch die folgenden Tage würden die Kinder ausschließlich an die Brust angelegt werden. Zugefüttert werde nur nach einer genauen Indikationsliste, das heiße wenn die Gewichtsabnahme mehr als 10 % betrage.

Regelung im Krankenhaus

- In einem Krankenhaus in Wien würden im Kinderzimmer, in welchem die reifen Neugeborenen versorgt werden, zwei Laktationsberaterinnen arbeiten. Diese würden laut Aussage der Expertin oder des Experten die Wöchnerinnen betreuen und informieren. Für die Mütter frühgeborener Kinder, welche im Kinderkrankenhaus aufgenommen wären, sei auf jeder Station eine Stillberaterin und auf der neonatologischen Station seien zwei zusätzliche Stillberaterinnen für die Betreuung der Mütter frühgeborener Kinder. Des

Weiteren würden alle Mütter frühgeborener Kinder eine Stillberatung bekommen, wohingegen Mütter reifer Neugeborenen nur Anspruch auf Stillberatung hätten, wenn sie diese aus Sicht der behandelnden Expertin oder des behandelnden Experten benötigen würden.

- Eine Abteilung in einem Krankenhaus in Wien sei ein Perinatalzentrum und bilde eine Einheit zwischen den Neonatologinnen und Neonatologen sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen. Das Kinderzimmer sei jedenfalls medizinisch den Neonatologinnen und Neonatologen untergeordnet. Die Neonatologinnen und Neonatologen seien verantwortlich für die Kinder und die Gynäkologinnen und Gynäkologen hätten die Verantwortung für die Frauen. Daher gebe es eine Kooperation zwischen diesen beiden Berufsgruppen, wobei versucht werde alle Änderungen gemeinsam umzusetzen. Als Beispiel führte die befragte Expertin oder der befragte Experte ein Schreiben an, welches von den Abteilungen gemeinsam verfasst wurde und dadurch allen Müttern mitgeteilt wurde, dass versucht werde, das Krankenhaus zu einem Baby - friendly Hospital zu entwickeln.
- Auf einer Neugeborenenstation in einem Krankenhaus in Wien würden laut Angabe einer Expertin oder eines Experten 2/3 des medizinischen Personals den Basiskurs zum Stillen, welcher freiwillig absolviert wurde, haben. Außerdem würde das im Kurs erworbene Wissen unter Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden.

Ankerbeispiele:

„Wir arbeiten schon daran, dass es im Kreissaal mit dem Bonding funktioniert, aber da happerts.“

„Was viel zu wenig is. Bei Teams wir haben teilweise Teams von 40/50 Schwestern, eine Stillberaterin drunter. Is extrem wenig, ja.“

„Ja und da ist die Stillinformation Teil der Geburtsvorbereitung.“

„Und ähm in Vielem arbeite ich heute anders als vor 25 Jahren. Auch in der Stillberatung.“

„Und dort beginnt das Bonding gleich direkt nach dem Kaiserschnitt.“

„Ärzte, Schwestern, Krankenhaus, Medizinbereich ist ein Dienstleistungsbetrieb, der Dienstleistungen an Patienten vollbringt. Das heißt wir müssen uns unseren Patienten anpassen [...] des is wie äh ein Unternehmen, das für den Kunden arbeitet.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Eine Teilnehmerin, welche Mutter eines zu frühgeborenen Kindes ist, gab an, dass sie in einem Krankenhaus angehalten wurde, die Muttermilch abzupumpen und diese mit dem Fläschchen zu verfüttern. Dies sei bei zu früh geborenen Kindern ein ganz normaler Vorgang. Die abgepumpte Milch werde laut Aussage der Teilnehmerin mit Name des Kindes, Datum und Uhrzeit versehen. Die Milch werde im Kühlschrank gelagert und neben der Mutter selbst hätten auch die Schwestern diese verfüttert. Es wurde laut Aussage der Teilnehmerin nicht über eine Alternative diskutiert, sondern es war ein normaler Vorgang, dass abgepumpt wurde.

Ankerbeispiel:

„Dass sie die dann zwar mit Fläschchen gefüttert wird aber mit meiner Muttermilch. Also des woar ganz normal, dann hat ma abgepumpt, das Flascherl mit dem Namen drauf, da is dann drauf gstandn Stefanie, Datum, Uhrzeit.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Arbeitsweise“ erhoben werden.

Zusammenfassung der Kategorie „Wissen und Information“

Einerseits besteht unter den Expertinnen und Experten die Ansicht, dass Frauen sich zu wenig vorinformieren und daher manchmal das Stillen zu früh beenden. Dem gegenüber steht die gegensätzliche Meinung, dass von den Frauen zu viel gelesen werde, die Informationen nicht richtig eingeordnet werden könnten und sich die sehr gut informierten Frauen zwar theoretisch mit dem Stillen auskennen würden, sich die praktische Umsetzung allerdings schwierig gestalten würde. Daher sei eine konkrete Stillvorbereitung in der Schwangerschaft aus Sicht mancher Expertinnen und Experten nicht notwendig. Auch unter den Schwangeren und Stillenden bestanden bezüglich der Relevanz sich detailliert auf das Stillen vorzubereiten unterschiedliche Meinungen, da sich manche Frauen im Detail auf das Stillen vorbereiten wollen beziehungsweise wollten und andere Frauen sich nicht durch zu viele Informationen selbst belasten wollen.

Das Stillen sei aus Sicht einiger Expertinnen und Experten als ein natürlicher Bestandteil in den Alltag zu integrieren und solle von den Frauen nicht als eine außernatürlich erbrachte Leistung angesehen werden. Die Vorstellung mancher Frauen über das Leben mit einem Säugling würde aus Sicht mancher Expertinnen und Experten stark von der Realität abweichen.

Verunsicherung werde durch Expertinnen und Experten, welche unterschiedliche Meinungen und Ratschläge erteilen als auch durch Privatpersonen ausgeübt. Auch werde aus Sicht der Teilnehmerinnen je nach Zeitschrift eher zur Verwendung des Fläschchens oder zum Stillen geraten. Die schwangeren Frauen empfinden es als schwierig sich aus dem Informationsangebot die richtigen beziehungsweise hilfreichsten Informationen herauszuholen. Diese meinen jedoch bislang keine differenten Meinungen gelesen beziehungsweise gehört zu haben.

Aus Sicht der Teilnehmerinnen erhalte man keine Informationen von Expertinnen und Experten, wenn man nicht selbst nachfrage beziehungsweise sich aktiv um diese bemühe. Andere Meinungen waren, dass ausreichende Informationen zum Thema Stillen von unterschiedlichen Quellen, wie Eltern - Kind - Zentren oder im Krankenhaus zu finden waren, wobei diese nicht als durchwegs hilfreich zu erachten sind. Die

meisten Frauen meinten in der Schwangerschaft nicht auf die positiven Effekte des Stillens hingewiesen worden zu sein. Die befragten schwangeren Frauen meinten von Gynäkologinnen und Gynäkologen noch keine Informationen bezüglich des Stillens erhalten zu haben.

Die befragten Expertinnen und Experten meinten keinen Ausbildungsschwerpunkt in Bezug auf das Stillen gehabt zu haben, wobei es nur eine generelle, aber keine spezielle Ausbildungspflicht gebe. Dadurch sei es möglich, dass eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt im Laufe seiner Karriere wenig bis gar nichts Theoretisches zum Thema Stillen gelernt habe. Für die Ausbildung zur Laktationsberaterin - IBCLC herrschen erschwerte Bedingungen, nämlich dass die Ausbildung in der Freizeit gemacht werden und selbst bezahlt werden muss.

Eine berufsübergreifende Zusammenarbeit in Bezug auf das Stillen wäre aus Sicht mancher Expertinnen und Experten von Nöten. Die Stillberatung erfolge aus Sicht einiger Expertinnen und Experten nicht als einmalige oder ausschließliche Beratung, sondern ist Teil von vielen Gesprächen, welche im Zuge eines Krankenhausaufenthalts stattfinden. Welche Relevanz der detaillierten Stillberatung in der täglichen Arbeit eingeräumt wird, liegt im Ermessen der Expertin beziehungsweise des Experten.

Kategorie: Zukunft

Beschreibung der Kategorie

In der Kategorie „Zukunft“ wird behandelt, wie man in Zukunft eine bessere Wissensvermittlung gewährleisten könnte und welche Maßnahmen dafür geeignet wären. So wurden die Codes „Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung (MBW)“ und „Baby - friendly Hospital Initiative (BFHI)“ definiert.

Relevanz für die Forschungsfrage

Die Behandlung dieser Kategorie soll einen Ausblick geben, wie es in Zukunft gewährleistet werden kann, die Stilldauer und –rate über möglichst alle Frauen,

unabhängig von ihrem Bildungsstand und Einkommen zu verbessern. Dabei wurden die Ideen der Expertinnen und Experten wie auch der Fokusgruppenteilnehmer beschrieben und zeigen die Meinungen und Vorstellungen der Betroffenen auf.

Code: Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung (MBW)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Die von den Expertinnen und Experten genannten Maßnahmen konnten in folgende Themenbereiche gegliedert werden, nämlich...

Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Stillen

- Von einigen Expertinnen und Experten wurde die Idee geäußert einen vom Bundesministerium für Gesundheit gesponserten Fernsehwerbespot zum Thema Stillen zu entwickeln, welcher die Vorteile der Muttermilch gegenüber industriell hergestellter Säuglingsnahrung darstellen soll. Diese Werbung solle an Stelle der Milupawerbung zur besten Vorabendsendezeit ausgestrahlt werden. Durch diese Maßnahme könnte ein breites Spektrum an Menschen erreicht werden. Es wurde daraufhin gewiesen, dass es Fernsehwerbespots zu diesem Thema bereits in anderen Ländern gebe.
- Eine weitere von Expertinnen und Experten genannte Maßnahme wäre eine Inserat- beziehungsweise Plakatkampagne zum Thema Stillen zu entwickeln. Derartige Maßnahmen müssten allerdings vom Gesundheitsministerium beziehungsweise von einer Gesundheitsrichtung in die Wege geleitet werden. Derzeit werde aus Sicht einer Expertin oder eines Experten auf Plakaten stets eine Mutter abgebildet, welche ihrem Kind das Fläschchen gebe. Es werde hingegen selten gezeigt, wie eine Mutter ihr Kind stillt.
- Eine andere Expertin oder ein anderer Experte war der Ansicht, dass keine Informationskampagnen und emotionaler Druck nötig seien um Frauen zum Stillen zu motivieren. Es sei lediglich erforderlich Frauen im Rahmen des Wochenbetts durch sachliches und fundiertes Wissen zu überzeugen.

Vorbereitung der Frauen bereits in der Schwangerschaft

- Es sei aus Sicht mancher Expertinnen und Experten wichtig, die Frauen bereits in der Schwangerschaft, zum Beispiel in Form eines Geburtsvorbereitungskurses auf das Stillen, insbesondere den Stillbeginn vorzubereiten und zu informieren.
- Die Stillberatung solle außerdem aus Sicht einer oder eines anderen Befragten einmal in der Schwangerschaft und einmal nach der Geburt erfolgen und von der Krankenkassa bezahlt werden. Dies solle im besten Fall von einer IBCLC - Stillberaterin vorgenommen werden.
- Bei der Beratung sei es wichtig, einheitliche Richtlinien und Informationen zu vermitteln, um die Entstehung von Verunsicherung und Druck zu vermeiden.

Sensibilisierung der Kinder in Bezug auf das Stillen

- Stillaufklärung solle aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten bereits in die Schulausbildung integriert werden. Dies könne in Form von Projekten erfolgen, bei welchen Kindern bewusst gemacht werde, dass es nicht nur künstliche Säuglingsnahrung, sondern auch Muttermilch gebe. Durch die Integration des Themas Stillens in das Bildungssystem würde es ermöglicht, auch Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien zu erreichen, da diese Zielgruppe in Bezug auf Gesundheitsthemen schwer zu erreichen sei.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies darauf hin, dass Puppen mit welchen Mädchen spielen würden mit einem Fläschchen ausgestattet seien und Kinder dadurch bereits in der Kindheit darauf geprägt würden, dass es normal sei einen Säugling mit einem Fläschchen und nicht mit Muttermilch aus der Brust zu füttern. Derzeit sei es schwierig, Kinder auf das Stillen zu sensibilisieren. Deshalb werde es als wichtig erachtet, das Stillen in der Öffentlichkeit zu fördern, damit Kinder dies als etwas Natürliches wahrnehmen würden.

Ausbildung der Expertinnen und Experten in Bezug auf Stillen

- Das Stillen solle aus Sicht einer oder eines Befragten stärker in der Ausbildung stillrelevanter Berufe integriert werden. Jede Expertin und jeder Experte, welcher mit stillenden Frauen arbeitet, sollte eine Basisausbildung zum Thema Stillen absolvieren, welche von dem jeweiligen Arbeitgeber bezahlt wird. Weiterführend sollten Fortbildungen in Bezug auf Stillen und Stillberatung besucht werden.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte wies daraufhin, dass die Kinderärztinnen und Kinderärzte besser aufgeklärt werden müssten, da sie ein großes Informationsdefizit in Bezug auf das Stillen aufweisen würden, allerdings die wichtigste Ansprechperson für Frauen bezüglich Stillen wären. Es sei daher wichtig, dass Pädiaterinnen und Pädiater Stillinformationen weitertransportieren und Broschüren über das Stillen und passende Anlaufstellen für Frauen in ihrer Ordination auflegen würden. Außerdem solle der Ausbildungsteil eines Pädiaters, welcher sich der Ernährung, inklusive der Säuglingsernährung widmet, ausgebaut werden.
- Die österreichische Ernährungskommission plant derzeit breite Aufklärungskampagnen. Es gebe von der nationalen Ernährungskommission eine Monatszeitschrift, welche von vielen Pädiaterinnen und Pädiatern gelesen werde. Darin soll eine Reihe von Artikeln zum Thema Stillen, Beikost und der Zufütterung im Kinderzimmer beziehungsweise auf der Wochenbettstation erfolgen. Es sei notwendig, dass Kinderärztinnen und Kinderärzte mehr Sensibilität in Bezug auf die Morbiditätsprävention durch das Stillen entwickeln würden sowie angebotene Fortbildungen in diesem Bereich besuchen würden.
- Es wurde von Expertinnen und Experten darauf aufmerksam gemacht, dass mehr Stillberater ausgebildet werden sollten, wobei es hierzu mehr politischer Unterstützung bedürfe. Es gebe laut Angabe einer Expertin oder eines Experten bereits Bestrebungen, dass in einem Krankenhaus ab einer gewissen Geburtenanzahl eine Laktationsberaterin bereitgestellt werden solle. So finde es diese Expertin oder dieser Experte notwendig, pro 500 Geburten eine Stillberaterin, welche ausschließlich für die Unterstützung und die Aufklärung

der Mütter zuständig ist, anzustellen. Es sei aus der Sicht einer anderen Expertin oder eines anderen Experten wichtig, mehr Anerkennung und eine Honorierung für die Arbeit als Stillberater zu erhalten. Eine Expertin beziehungsweise ein Experte meinte, dass die Ausbildung keinen zusätzlichen finanziellen Nutzen bringe.

- Es sei zu überlegen, verpflichtende Fortbildungen aus allen Fachgebieten, welche für Pädaterinnen und Pädater relevant wären, festzulegen. Dies sei allerdings in der Umsetzung sehr schwierig, da sich das Patientenkontext zwischen einem Spitalsarzt oder einer Spitalsärztin und einem niedergelassenem Arzt oder Ärztin unterscheidet.

Werbung der Babynahrungshersteller

- Eine Expertin oder ein Experte ist der Ansicht, die gesamte Werbung der Babynahrungshersteller zu verbieten beziehungsweise strenger zu reglementieren. Dies betreffe die Aussagen zum Zeitpunkt der Zufütterung und die Inhalte beziehungsweise Werbeslogans, welche auf den Verpackungen stehen dürfen, denn viele Frauen würden aus Sicht einer Expertin oder eines Experten keine wissenschaftlich fundierten Broschüren lesen, sondern lediglich die teilweise irreführenden Slogans, wie „von Geburt an“ auf Verpackungen lesen und dadurch dieses Produkt kaufen.
- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte ist der Ansicht Werbung für Folgemilch sowohl im Fernsehen als auch in anderen Medien zumindest im ersten Lebensjahr zu verbieten.
- Eine weitere wichtige Maßnahme sei es aus Sicht mancher Expertinnen und Experten in die Boxen, welche Mütter bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bekommen würden, gezielte Stillinformationen zu geben und gleichzeitig die Werbungen zu entfernen. Des Weiteren solle das Lobbying bekämpft werden. Dies könne aus Sicht einer Expertin oder eines Experten am besten mit Hilfe der Kinderärztinnen und Kinderärzte gewährleistet werden.
- Es sei mittlerweile unumgänglich gegen die Babynahrungshersteller vorzugehen, da sich diese des Öfteren aus Sicht einer Expertin beziehungsweise

eines Experten nicht an den WHO - Kodex halten würden. Die Expertin beziehungsweise der Experte erwähnte, dass das Gesundheitsministerium sowie die Ernährungskommission der österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde bereits daran arbeiten würden.

Projekte, an welchen bereits gearbeitet werde

- Eine Expertin oder ein Experte klärte darüber auf, dass es von der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) und dem Gesundheitsministerium eine Stilloffensive, in welcher gezielte Informations- und Werbemaßnahmen in Mutterberatungsstellen und verschiedenen von Müttern konsumierten Medien gebe.

„Baby - friendly Hospital Initiative“

- Das wichtigste Instrument um Frauen mit den Stillempfehlungen zu erreichen, ist aus Sicht einiger Expertinnen und Experten die „Baby - friendly Hospital Initiative“. In der Schwangerenambulanz könnte eine Stillaufklärung stattfinden, bei welcher angesprochen werden solle, ob sich Frauen bereits über das Stillen Gedanken gemacht hätten. So sei der Ausbau der „Baby - friendly Hospital Initiative“ eine wichtige Maßnahme um zur Stillförderung beizutragen. Eine Expertin oder ein Experte ist der Meinung, dass die Initiative der stillfreundlichen Krankenhäuser ausgebaut und im Gesetz verankert werden solle, da in stillfreundlichen Krankenhäusern länger gestillt werde.

Forcierung von Stillgruppen

- Aus Sicht einer Expertin oder eines Experten sollten Stillgruppen finanziell unterstützt werden, da teilnehmende Frauen sich diese im Moment zu 100 % selbst bezahlen müssten. Für einen weitreichenden Stillerfolg sei auch eine andere Expertin oder ein anderer Experte der Meinung, Stillgruppen zu forcieren.
- Eine Expertin oder ein Experte ist der Meinung, dass Frauen welche Stillgruppen besuchen, länger und mit mehr Freude stillen würden im

Vergleich zu jenen, welche keine Stillgruppe besuchen würden. Der Besuch einer Stillgruppe sei daher zu empfehlen.

- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte brachte die Kernaufgaben einer Stillgruppe auf den Punkt:
 - Unterstützung und gegenseitiger Austausch der Mütter
 - Vermittlung von Basisinformationen zu den Themen Einführung von Beikost, Stillen, Ratschläge in alltäglichen Situationen und vieles mehr

Forcierung der Hebammenbetreuung

- Eine Expertin beziehungsweise ein Experte war der Ansicht, dass jede Frau in der Schwangerschaft eine Hebammensprechstunde bekommen sollte. Eine andere Expertin beziehungsweise ein anderer Experte war der Ansicht, dass diese Betreuung als verpflichtende Untersuchung im Mutter - Kind - Pass für alle Frauen vorgesehen sein sollte. Dies scheitere im Moment an der mangelnden Unterstützung durch die Politik.
- Es sollten mehr Hebammen ausgebildet werden, damit diese intensiver schwangere und gebärende Frauen sowie Wöchnerinnen betreuen könnten, denn es sei für das Gesundheitssystem kostengünstiger ambulante Hebammenbetreuung, als ärztliche Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte zu finanzieren. Bei einer Geburtenanzahl von circa 1300 pro Jahr könnten sich die Krankenkassen einen großen Betrag ersparen. Eine Expertin beziehungsweise ein Experte machte darauf aufmerksam, dass die Kassenhebammen stärker gefördert werden müssten, um die ambulante Betreuung weiter ausbauen zu können. Außerdem sei hebammengeleitete Geburtshilfe in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen nötig.

Krankenhaus

- Durch eine gute Beratung in Krankenhäusern bestünde eine Chance an sozial schlechter gestellte Frauen vorzudringen. Eine weitere Möglichkeit zu dieser Zielgruppe vorzudringen, wäre über die Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie

Gynäkologinnen und Gynäkologen. In Ordinationen gebe es oftmals zu wenig Zeit sich intensiver mit den Frauen auseinanderzusetzen, vor allem wenn es sich um eine Kassenpraxis handle.

- Es bedürfe in Krankenhäusern eines höheren Personalschlüssels, damit es Krankenschwestern und Hebammen möglich sei, sich mit den einzelnen Frauen und dem Stillen intensiver auseinander setzen zu können. Durch die Anstellung verschiedensprachiger Krankenschwestern könnten sprachliche Barrieren im Krankenhaus überwunden werden.
- Das Krankenhauspersonal solle die Frauen bei der Entlassung mit schriftlichen Informationen zum Stillen und mit Kontaktadressen für Stillberatung beziehungsweise Stillgruppen entlassen.

Ankerbeispiele:

„Und ich würd mir wünschen, dass eine Stillberatung in der Schwangerschaft und eine Stillberatung dann wenn das Baby da ist, von der Krankenkassa bezahlt wird.“

„[...] durch Informationskampagnen, ah da is glaub ich der beste Einfluss, aber sachlich ah und ah mit fundiertem Wissen und nicht mit emotionalem Druck.“

„So wärs auch gut eben diese besagten pro fünfhundert Geburten eine Stillberaterin zum Beispiel gesetzlich vorzuschreiben.“

„Ja i det... denk mir, dass ah, dass schon in den Schulunterricht auch ein bissl rein ghört, ja. Dass ma die Kinder darüber aufklärt. Es gibt ja immer wieder so Projekte ähm, dass ned nur Flasche gibt, ned.“

„Also es gibt die Ausbildung und ah jeder sagt super Ausbildung, aber du hast nichts davon im Endeffekt, ja. [...] In Deutschland gibts eigene ah Stillberater, die extra so angestellt sind. Also in Niederösterreich teilweise auch. Das kommt halt immer aufs, auf s Haus an und auf die Führung. Aber bei der Gemeinde Wien machst des nebenbei, ned.“

„I würd jeder Frau Hebammensprechstunde in der Schwangerschaft zukommen lassen.“

„[...] vielleicht die Initiative der stillfreundlichen Krankenhäuser im Gesetz verankert oder so irgendwie.“

„Und ganz sinnvoll ist das, wenn sie in Stillgruppen gehen. Also das weiß man, dass Frauen die in Stillgruppen gehen, einfach länger stillen und mit mehr Freude stillen.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen

Gruppe der Stillenden:

Folgende Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung wurden von den Teilnehmerinnen vorgeschlagen, nämlich (dass)...

- es wichtig sei einheitliche Informationen zu erhalten.
- die Forcierung von Stillgruppen eine wichtige Maßnahme wäre. Des Weiteren wurde vorgeschlagen für Schwangere den einmaligen Besuch einer Stillgruppe um den halben Preis anzubieten, damit sie sehen könnten was auf sie zukomme, wenn das Kind auf der Welt ist.
 - Die Teilnehmerinnen meinten, (dass)...
 - es bei den Stilltreffen besonders geholfen habe zu sehen, wie es den anderen Frauen gehe. Demnach sei es wichtig, nicht nur Ratschläge zu erhalten, sondern Gleichgesinnte zu treffen, welche sich in einer ähnlichen Situation befinden.
 - man in Stillgruppen immer auch etwas für sich selbst dazu lerne, da man immer jemanden fragen könne und die Meinungen und Erfahrungen anderer Frauen höre.
- es wichtig sei, mehr Informationen am Beginn der Schwangerschaft zu erhalten. In Krankenhäusern sowie bei Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten sollten Broschüren aufliegen, mit Kontaktadressen von Hebammen, Stillgruppen beziehungsweise anderen Informationsstellen für das Thema Stillen. Außerdem solle die Betreuung der Hebammen bereits in der Schwangerschaft ansetzen. Ferner sollten Frauen aus

Sicht einer Teilnehmerin von Expertinnen und Experten auf mögliche Problematiken des Stillens hingewiesen werden.

- ein Stempel für die Absolvierung einer Stillaufklärung im Mutter - Kind - Pass eingeführt werden solle.
- das Stillen aus Sicht einer Fokusgruppenteilnehmerin in der Öffentlichkeit forciert werden solle, da es sich hierbei um eine sozial erlernte Fähigkeit handle. Dadurch könnten Frauen lernen, offener und natürlicher mit dem Thema Stillen umzugehen und in weiterer Folge wüsste auch die Gesellschaft anders damit umzugehen. Des Weiteren sollten denkbare Stillprobleme und Lösungsansätze in Broschüren thematisiert werden. Eine Teilnehmerin wies darauf hin, dass in Broschüren häufig sehr idealistische Darstellungen junger Familien gezeigt werden, welche nicht der Realität entsprechen würden. Ferner gebe es in Stillbroschüren keine realistischen Darstellungen von Neugeborenen, sondern nur von drei oder vier Monate alte Kleinkindern, wodurch das eigene Neugeborene für eine junge Mutter den Anschein eines zu frühgeborenen Kindes erwecken würde.
- Expertinnen und Experten gezielter im Hinblick auf das Stillen ausgebildet werden sollten.
- private Hebammenbetreuung günstiger werden solle, dass es sich jede Frau leisten könne diese in Anspruch zu nehmen.
- auch Väter entsprechend zum Stillen und mögliche Problematiken informiert werden sollten.

Ankerbeispiele:

„[...] oder aber einfach irgendwie, dass ma auch ein bisschen hingestoßen wird [...].

„Dass gratis reinsetzten oder was i net. Oder um den halben Preis oder keine Ahnung, dass amal mitkriegen was alle reden und sie anschauen, wie die müde san, wie die fertig san.“

„Oder wenns im Mutter-Kind-Pass einen Stempel dafür gibt.“

„Wenn du sagst, das haben wir beide lernen müssen ist es ein Beweis für meine Theorie, dass Stillen eine sozial erlernte Fähigkeit ist und wir sehen das nirgends.“

„Einfach auch schon die Experten ausbilden.“

„Dass man da irgendwo, i denk mir, dass Hebammen viele nicht erreichen, weil man sie sich nicht leisten kann.“

„Was auch hilfreiche wäre, wenn Männer mehr informiert wären über's Stillen, was das heißt, in welchem Zustand Frauen sind.“

„Und nach dem ersten Stilltreffen hab ich mir gedacht: „Ma da gibt's welche, denen geht's ja viel schlimmer als mir“. Und das baut dann wieder auf und dann denkt man sich: „Ist ja eh nicht so schlimm“ oder „Ich bin nicht die einzige der es so geht“.“

Schwangerengruppe:

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Maßnahmen für eine bessere Wissensvermittlung“ erhoben werden.

Code: „Baby - friendly Hospital Initiative“ (BFHI)

Ergebnisse aus den Experteninterviews

Folgende Aussagen kamen unter den Expertinnen und Experten vor, nämlich (dass)...

- es sich bei der BFHI um ein evidenzbasiertes Management mit Schwangeren und Stillenden handle, bei welchen nach definierten Standards gearbeitet werde.
- eine Expertin oder ein Experte die BFHI als wirkungsvolle Maßnahme empfindet, da deutlich gemacht werde, dass das Personal sich für das Stillen einsetze, geschult sei und einheitliche Informationen an die Frauen übermittelt werden.
- die stillfreundlichen Krankenhäuser zwar einheitliche Richtlinien haben, die Vermittlung dieser in der täglichen Arbeit nicht immer einwandfrei gelinge.

Eine Expertin oder ein Experte konstatierte, dass die Vermittlung gänzlich einheitlicher Empfehlungen auch in einem stillfreundlichen Krankenhaus schwierig sei, da jede Expertin und jeder Experte einen eigenen Zugang zum Stillen habe, welcher durch die eigene persönliche Erfahrung mit dem Stillen geprägt ist, aber Einfluss auf die Arbeitsweise nimmt.

- es 2011 gelungen ist eine eigene Sektion im österreichischen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) zu etablieren. Dies sei aus Sicht der Expertin oder des Experten durch die finanzielle Unterstützung des Gesundheitsministeriums, dem Hauptverband und dem Fonds Gesundes Österreich gelungen.
- der BFHI durch die Eingliederung in die AGES und der Möglichkeit zur Zertifizierung Wichtigkeit eingeräumt wurde, denn die Initiative sei bisher eine Privatinitiative gewesen.
- eine Expertin oder ein Experte die BFHI als eine sehr wichtige gesundheitsfördernde Maßnahme empfindet. Die BFHI umzusetzen, besonders in einem großen Krankenhaus, sei in vielerlei Hinsicht schwierig, da mit vielen Risikoschwangeren und frühgeborenen Säuglingen gearbeitet werde. Zusätzlich würden Werbemitteln, Fertignahrung sowie Forschungs- und Fortbildungsgelder ebenfalls eine Rolle spielen, welche die Umsetzung der Initiative erschweren würden. Die Umsetzung impliziere einen Mehraufwand, welcher nicht mit entsprechenden Ressourcen ausgestattet sei. Es gebe aus Sicht einer Expertin oder eines Experten einige Primare, welche nicht mit der Umsetzung der BFHI einverstanden sind.
- die Initiative die IBCLC - Ausbildung etabliert habe.
- „Baby - friendly“ umzusetzen, stark von der Unterstützung der Politik abhängen, denn man brauche für die Umsetzung mehr ausgebildetes Personal und Zeit, wobei im Moment beides nicht in ausreichendem Maße vorhanden sei.
- die Rudolfstiftung das erste Gemeinde Wien Spital sei, welches die Umstellung auf BFH geschafft habe.

- die Frauen, welche in einem BFH entbinden würden, nicht zwingend stillen müssten. Es gehe in dieser Initiative hauptsächlich um den Kontakt zwischen Mutter und Kind. Allerdings hätten die meisten Frauen die in derartige Kliniken gehen würden, den Wunsch zu stillen.
- eine Expertin oder ein Experte am BFHI besonders gut findet, dass das Personal auf die einzelnen Bedürfnisse der Patientinnen eingehen könne, da Laktationsberaterinnen und Laktationsberater ihre Zeit nur den Müttern und deren Neugeborenen widmen könnten.
- die Methode zu restriktiv sei und sich einige Frauen unter Druck gesetzt fühlen würden. Die Vorgaben würden verbieten, Werbemitteln jeglicher Art zu verteilen beziehungsweise zu verwenden. Als Beispiel wurde eine Schreibunterlage des österreichischen Hebammengremiums, welche auch durch Inserate von Babynahrungsherstellern finanziert werde, genannt. Ein weiteres Beispiel einer anderen Expertin oder eines anderen Experten war, dass keine Stillhütchen verwendet werden dürfen, was diese Expertin beziehungsweise dieser Experte als radikal empfindet.
- die BFHI sehr radikal und schwer in der Umsetzung sei.
- eine Expertin oder ein Experte nicht einschätzen könne, ob die BFHI in Österreich weiter ausgebaut werde.

Ankerbeispiele:

„Im Grund genommen ist die BFHI das, wo es um evidenzbasiertes Management mit Schwangeren und Stillenden geht und alle Abteilungen, die das nicht umsetzen in diesem Sinne, die arbeiten nicht nach den aktuellen Richtlinien.“

„Und diese Babyfreundlichen KH sollten eigentlich eine gemeinsame Richtlinie haben was gesagt wird. [...] Nur verwässert sich das in der täglichen Arbeit dann auch.“

„Ja, die Industrie ah zahlt ja sehr viel an Fortbildungen undsoweiter für die Ärzte. Und da ist dann nicht jeder wahrscheinlich einverstanden, jeder Primar, aber bitte.“

„[...] ist in der Praxis halt sehr schwer umzusetzen, also... weil es kommt sicher auch drauf an welche Patientinnen in welchen Spitälern sind, was der Schwerpunkt der Spitäler ist.“

„Die haben dann auch die IBCLC entwickelt später. Jetzt is es für mi, dass es wirklich sehr extrem is. Des is mir jetzt scho a Spur zu extrem.“

„Für die Stillempfehlungen – da ist das wichtigste Instrument die „Baby - friendly Hospital Initiative“, weil ins Krankenhaus gehen alle Frauen in der Schwangerschaft schon ein paar Mal, meistens.“

Ergebnisse aus den Fokusgruppen-Interviews

Es konnten bei der Auswertung der Fokusgruppeninterviews keine Ergebnisse zu dem Code „Baby Friendly Hospital Initiative“ erhoben werden.

Zusammenfassung der Kategorie „Zukunft“

In der Kategorie „Zukunft“ konnten verschiedene von den Expertinnen und Experten genannte Maßnahmen definiert werden, welche helfen könnten zur Stillförderung beizutragen. Dazu zählen verschiedene Themenbereiche, welche nachfolgend angeführt werden.

- Das Betreiben von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Stillen, wie ein vom Bundesministerium gesponserter Fernsehwerbespot und eine Inserat-beziehungsweise Plakatkampagne zu entwickeln sowie realistische Darstellungen neugeborener Kinder in Broschüren darzustellen. Durch derartige Maßnahmen würde es ermöglicht werden viele Menschen zu erreichen.
- Die Vorbereitung der Frauen auf das Stillen bereits in der Schwangerschaft durch Geburtsvorbereitungskurse.
- Eine Sensibilisierung der Kinder in Bezug auf das Stillen, durch die Integration des Themas in den Schulunterricht.

- Eine speziellere Ausbildung der Expertinnen und Experten in Bezug auf das Stillen, insofern, dass jede Expertin und jeder Experte welcher mit stillenden Frauen zusammenarbeitet die Basisausbildung zum Thema stillen sowie regelmäßige Fortbildungen absolvieren solle, welche vom Arbeitgeber bezahlt werden. Des Weiteren sollten mehr Stillberaterinnen und Stillberater ausgebildet werden.
- Eine strengere Reglementierung beziehungsweise ein Verbot von Werbung für Säuglingsanfangsnahrungen für Kinder bis zu einem Jahr sollte entwickelt werden.
- Die Forcierung von Stillgruppen, indem diese finanziell gefördert werden sowie die Forcierung der Ausbildung von Hebammen sowie der Hebammenbetreuung, welche unter anderem durch eine verpflichtende Beratung in der Schwangerschaft, welche durch eine Hebamme vorgenommen werden soll, gewährleistet werden könnte. Des Weiteren solle im Mutter - Kind - Pass einen Stempel für diese verpflichtende Beratung vorgesehen sein.
- Die Förderung der „Baby - friendly Hospital Initiative“, da diese aus Sicht mancher Expertinnen und Experten das wichtigste Instrument ist um Frauen in der Schwangerschaft mit den Stillempfehlungen zu erreichen und Einheitlichkeit bezüglich der ausgesprochenen Empfehlungen besteht. Allerdings gaben manche Expertinnen und Experten zu bedenken, dass sich Frauen in derartigen Krankenhäusern unter Druck gesetzt fühlen und die hundertprozentige Umsetzung der Initiative sehr radikaler Umstellungen bedürfe.

Manche Expertinnen und Experten waren der Ansicht, dass keine speziellen Maßnahmen notwendig sind, um das Stillen zu fördern.

Diskussion

Kategorie: Beratung durch Expertinnen und Experten

Die von Expertinnen und Experten vor allem auf Entbindungsstationen ausgesprochenen Empfehlungen werden von den Stillenden als sehr widersprüchlich wahrgenommen, denn diese meinten von unterschiedlichen Expertinnen und Experten innerhalb eines Krankenhauses verschiedene Empfehlungen und Ratschläge in Bezug auf ihr Stillverhalten erhalten zu haben. Durch die Vermittlung von unterschiedlichen Informationen kommt es zur Entstehung von Druck bei den Frauen. Des Weiteren wird die Entstehung von Druck gefördert, wenn keine ausreichenden oder unverständliche Erklärungen für Empfehlungen erlangt werden. Es ist für die Zukunft wichtig, auch in Fachbüchern einheitliche Meinungen und Empfehlungen auszusprechen, da es Betroffenen schwer fällt zu unterscheiden wann es sich um fundierte Informationen handelt und wann nicht. Dies unterscheidet sich von dem Ergebnis aus der im Jahr 2006 durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“, bei welcher dreiviertel der befragten Mütter die Informationen als einheitlich empfanden. Nur 9 % der befragten Frauen empfanden die erhaltenen Informationen als uneinheitlich und nur 5 % der im Zuge dieser Studie befragten Frauen empfanden die Informationen als widersprüchlich [BMG, 2012a].

Es drängt sich die Frage auf, weshalb die Expertinnen und Experten sich in Bezug auf die Stillempfehlungen und die Empfehlungen auf das Stillverhalten nicht einig sind. Es lässt vermuten, dass das Stillen innerhalb der Arbeit der verschiedenen Expertinnen und Experten unterschiedliche Relevanz hat. So hat beispielsweise eine Gynäkologin oder ein Gynäkologe neben der Stillberatung noch viele weitere wichtige (oder wichtigere) Aufgabengebiete und sieht die Beratung der Frauen in punkto Stillen in manchen Fällen vielleicht nicht als ihre oder seine direkte Aufgabe. Dies könnte dazu führen, dass bei auftauchenden Problemen beim Stillen, die zuständige Gynäkologin beziehungsweise der zuständige Gynäkologe den Frauen schneller zum Fläschchen rät,

als andere Berufsgruppen in welchem dem Stillen höhere Relevanz in der täglichen Arbeit zu Teil wird.

Bezüglich der von den befragten Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen besteht Einheitlichkeit, denn alle gaben an, sich an die aktuelle WHO - Empfehlung, also die ersten sechs Lebensmonate des Kindes ausschließlich zu stillen, wobei mit dem Stillen bereits in der ersten Lebensstunde des Säuglings begonnen werden sollte, zu halten. Das Kind ist stets, also Tag und Nacht nach Bedarf anzulegen. Die Muttermilch sollte ab dem sechsten Monat mit anderen Lebensmitteln ergänzt werden und kann bis in das zweite Lebensjahr hinein beziehungsweise solange Mutter und Kind es möchten, fortgesetzt werden [WHO, 2012b]. Woran es liegen könnte, dass trotzdem unterschiedliche Meinungen von den Expertinnen und Experten an die Frauen weiter gegeben werden, wurde bereits zu einem Teil erläutert und einige andere Aspekte werden nachfolgend dargestellt. Die Expertinnen und Experten vermitteln den Frauen die aktuelle Empfehlung, doch vermutlich fehlt für deren Umsetzung die nötige Hilfestellung, so dass die Frauen gezwungen sind frühzeitig abzustillen oder zuzufüttern. Des Weiteren meinten viele der befragten Stillenden weder im Krankenhaus, noch in freier Praxis durch die Gynäkologin beziehungsweise den Gynäkologen oder die Kinderärztin beziehungsweise den Kinderarzt gute Beratung in Bezug auf das Stillen erfahren zu haben. Besonders bedenklich ist dabei, dass laut der American Academy of Pediatrics (AAP) der Kinderärztin beziehungsweise dem Kinderarzt in Bezug auf die Stillförderung eine wichtige Rolle zukommt. Allerdings sind die Pädiaterinnen und Pädiater häufig nicht am neuesten Stand der Wissenschaft und fördern das Stillen nicht in dem Maße wie es wünschenswert wäre [AAP, 2012]. Expertinnen und Experten aus Krankenhäusern oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen sollten nur Empfehlungen und relevante Informationen mit wissenschaftlicher Evidenz in einer klar verständlichen Sprache abgeben [Santos Bueno und Teruya]. In der 2006 durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“ wurde herausgefunden, dass die Kinderärztin oder der Kinderarzt den signifikant höchsten Einfluss auf das Stillverhalten der Frauen ausübt [BMG, 2012a]. In der hier durchgeführten Studie gaben die befragten Frauen an, dass die privat organisierten

Expertinnen und Experten, wobei besonders jene mit der Ausbildung zur Laktationsberaterin - IBCLC zu erwähnen sind, sie am meisten im Stillen bestärkt haben und die größte Hilfe in Bezug auf Stillfragen waren. Auch in der Studie aus dem Jahr 2006 wurde von fast der Hälfte der befragten Frauen angegeben, dass die häufigste Informationsquelle in Bezug auf das Stillen die Hebamme, knapp gefolgt durch die Kinderkrankenschwester war. Hier sind allerdings die Informationen der Expertinnen und Experten in dem Krankenhaus gemeint, wohingegen in der von uns durchgeführten Studie die Betreuung nach dem Verlassen des Krankenhauses gemeint ist. Einige der in der vorliegenden Studie befragten Frauen meinten, dass die Auskünfte der Kinderärztinnen und Kinderärzte als auch anderer Expertinnen und Experten innerhalb des Krankenhauses zu theoretisch als auch wenig hilfreich waren. Dies deckte sich mit den Ergebnissen aus der 2006 durchgeführten Studie, in welcher in Bezug auf die Praxisrelevanz der gegebenen Informationen jene durch Literatur, dicht gefolgt von den Informationen der Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Kinderkrankenschwestern am schlechtesten beurteilt wurden. Trotzdem wurde herausgefunden, dass die wichtigste Ansprechperson während Stillkrisen in den ersten sechs Monaten der jeweilige Kinderarzt beziehungsweise Kinderärztin ist, wobei die Hebamme als die zweitwichtigste Anlaufstelle für die Lösung von Stillkrisen in den ersten drei Monaten identifiziert wurde. Diese wurden knapp gefolgt von der Hilfe der Stillberaterin [BMG, 2012a]. Es lässt vermuten, dass Frauen bei einem ohnehin stattfindenden Kinderarztbesuch diesen auch um Rat bei aufgetretenen Stillschwierigkeiten bitten. Dies lässt allerdings keinen Schluss über die Qualität der Beratung zu, lediglich dass dieser um Rat gebeten wurde. Möglicherweise wussten die Frauen nicht, welche Expertinnen und Experten anstelle der Kinderärztin oder des Kinderarztes die passende Ansprechperson wäre.

Im Zuge eines Expertinnen- beziehungsweise Experteninterviews wurde erwähnt, dass es derzeit keine standardisierte Stillberatung, weder in Krankenhäusern noch in Ordinationen gibt. Es ist daher wichtig, einheitliche Ausbildungen anzubieten um einen Qualitätsstandard zu etablieren. Aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten und einer Fokusgruppenteilnehmerin ist es besonders wichtig beim Stillen

durch eine forcierte Fachperson angeleitet zu werden, da das Stillen eine sozial erlernte Fähigkeit ist. Im Zuge der Interviews wurden von Seiten der Expertinnen und Experten des Öfteren die sprachlichen Barrieren zwischen den Wöchnerinnen und den Expertinnen und Experten angegeben. Zukünftig sollten diesbezüglich Maßnahmen, wie das Dolmetschen bei Frauen mit Migrationshintergrund ergriffen werden. Aus der im Jahr 2006 durchgeführten Studie geht hervor, dass Stillschwierigkeiten häufig zu Beginn der Stillperiode auftreten, wobei eine oftmalige Reaktion darauf ist, MilCHFertignahrungen zuzufüttern beziehungsweise gänzlich auf diese umzustellen. Dabei wird der Forderung der Maßnahmen, eine forcierte Betreuung sowie eine adäquate Stillinformation bereits in der Schwangerschaft bereitzustellen, noch einmal Nachdruck verliehen.

Bezüglich der Empfänglichkeit der Schwangeren und Stillenden für abgegebene Ratschläge wurden von den befragten Expertinnen und Experten unterschiedliche Ansätze verfolgt. Einerseits scheinen Schwangere, welche das erste Kind erwarten sowie Mütter eines Kindes eine sehr gut zu erreichende Zielgruppe zu sein. Andererseits ist unter den befragten Expertinnen und Experten die Meinung vertreten, dass Mütter eines Kindes sowie schwangere Erstgebärende eine nicht leicht zu erreichende Zielgruppe sind, da diese der Meinung sind, dass das Stillen „schon funktionieren“ werde. Diese Annahme bestätigte sich durch die Aussagen der Schwangeren, dass sie sich in Bezug auf das Stillen keinen Stress aufbürden lassen wollen, da diese am eigenen Leib erfahren haben auch ohne der Gabe von Muttermilch erwachsen werden zu können. Alle bis auf eine befragte schwangere Frau waren erstgebärend.

Kategorie: Individuelle Einflussfaktoren

Im Zuge der Interviews konnte ermittelt werden, dass viele Faktoren Einfluss auf das Stillverhalten der Frauen haben. Faktoren, welche Einfluss ausüben, sind unter anderem die individuelle Flexibilität der Frau, der finanzielle Aspekt, die Angst zu wenig Milch zu haben, zeitliche Trends und Werbung, der Kulturkreis, die Meinungen

des Umfelds, besonders die des Partners und der nahen Verwandtschaft sowie schlechte Vorerfahrungen bei älteren Kindern. Die Angst keine beziehungsweise nicht genug Milch zu haben ist bei den Frauen tief verankert. Es scheint daher wichtig zu sein, diesbezüglich Aufklärungsarbeit in der Schwangerschaft zu leisten, denn diese Angst in Kombination mit den Meinungen aus dem Umfeld kann dazu führen, dass vorzeitig abgestillt wird. In der Studie „Säuglingsernährung Heute“ wurde ebenfalls erwähnt, dass in den ersten drei Monaten die Angst von Seiten der Mütter bestehe, dass das Kind auf Grund eines Milchmangels nicht ausreichend Nahrung bekommt. Auch in diesem Belangen wird die Bedeutung adäquate Informationen sowie forcierte Betreuung zu erhalten, aufgezeigt, um nicht als Lösung dieses Problems abstillen zu müssen [BMG, 2012a].

Im bereits erwähnten EU - Aktionsplan aus dem Jahr 2004 konnte wie in der vom Bundesministerium für Gesundheit durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“ sowie aus Teilen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS - Studie) in Deutschland und aus der vorliegenden Erhebung, unter anderem das Alter der Mutter, die Geburtenanzahl, die eigenen Still Erfahrungen der Mutter und Still Erfahrungen mit vorangegangenen Kindern, die Unterstützung durch den Partner sowie der Familie identifiziert werden [Österreichisches Hebammen-Gremium, 2012, BMG, 2012a und Lange et al., 2007]. Die Ergebnisse der KiGGS - Studie zeigten, dass bei Müttern aus niedrigem sozialen Milieu, jungen Müttern und Müttern, welche während der Schwangerschaft geraucht haben eine signifikant geringere Stillhäufigkeit und -dauer vorlag. Des Weiteren wurde erwähnt, dass Kinder mit Migrationshintergrund häufiger gestillt wurden, im Vergleich zu Kindern ohne Migrationshintergrund, wobei es keinen Unterschied in Bezug auf die Vollstilldauer gegeben hat [Lange et al., 2007]. Es wurde von einigen befragten Expertinnen und Experten erwähnt, dass Frauen mit Migrationshintergrund, welche in der ersten Generation in Österreich leben, sich in Bezug auf das Stillverhalten stark an der Familie orientieren und somit weniger Beratung bedürfen, als Frauen ohne Migrationshintergrund. Dem gegenüber steht die gegensätzliche Meinung, dass Frauen mit Migrationshintergrund am meisten Beratung bedürfen würden. Die Ergebnisse der KiGGS - Studie zeigen allerdings, dass sozial

benachteiligte Personengruppen, insbesondere junge Mütter einer gezielten Stillförderung bedürfen [Lange et al., 2007]. Auch die American Academy of Pediatrics (AAP) schrieb 1997, dass die höchsten Stillraten bei besser verdienenden, höher ausgebildeten Frauen und Frauen über 30 Jahren in den USA beobachtet werden konnten. Als negative Einflussfaktoren auf das Stillen wurden Falschinformationen sowie inadäquate Informationen vor der Geburt sowie mangelnde Unterstützung, Werbung und Gratispackungen für Formulanahrung erwähnt [AAP, 1997]. Von Seiten der im Zuge der Studie befragten Expertinnen und Experten besteht Uneinheitlichkeit bezüglich jener Faktoren, welche Einfluss auf das Verhalten der Frauen ausüben. So meinten die Einen, dass die Verwandtschaft und die Meinung des Partners der Frauen den stärksten Einfluss ausübt. Die befragten Frauen hingegen meinten, dass Hebammen den größten Einfluss auf ihr Verhalten ausüben.

Durch die Einheitlichkeit der Informationen, welche an die Frauen weitervermittelt werden, werden diese nicht wie bisher verunsichert, sondern bestärkt. Dies kann in weiterer Folge zu höheren Stillraten, längerer Stilldauer und damit in Zukunft zur direkten und indirekten Senkung der Kosten für das Gesundheitssystem beitragen. Laut der American Academy of Pediatrics (AAP) werden die Inzidenz beziehungsweise der Schweregrad verschiedener Krankheiten, wie Diarrhoe und Lungenentzündung durch die Gabe von Muttermilch positiv beeinflusst [AAP, 1997]. Außerdem trägt das Stillen laut Ip et al. dazu bei, dass Auftreten von Krankheiten, wie Neurodermitis, Asthma oder Krankheiten, welche sich erst später im Leben bemerkbar machen, wie Adipositas, Typ-1 - und 2- Diabetes sowie Leukämie im Kindesalter zu reduzieren [Ip et al., 2007]. In dem EU - Aktionsplan wird außerdem deutlich, dass in ganz Europa die Förderung und die Unterstützung des Stillens ein wesentliches gesundheitspolitisches Thema darstellen, da das frühzeitige Abstillen sowie niedrige Stillraten sich in Bezug auf soziale und gesundheitliche Aspekte negativ auf Kinder, Frauen, Gesellschaft und Umwelt auswirken und zu Mehrkosten im nationalen Gesundheitswesen führen [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Aus der Studie „Säuglingsernährung Heute“ geht wie bei der hier beschriebenen Erhebung hervor, dass Frauen, welche ältere Kinder bereits gestillt haben, im Vergleich

zu Erstgebärenden signifikant häufiger und länger stillen. Ebenso konnten unter anderem ein höheres Alter (über 25 Jahre) der Mutter, der Stillerfolg bei älteren Kindern, der Rauchverzicht in der Schwangerschaft, eine reguläre, ohne Komplikationen ablaufende Geburt, der Zeitpunkt der Entscheidung stillen zu wollen (je früher die Entscheidung fällt, desto länger wird voll als auch ergänzend gestillt), der Zeitpunkt des ersten Anlegens (Frauen, welche innerhalb der ersten beiden Stunden ihr Kind das erste Mal anlegen stillen signifikant länger) sowie der Bildungsgrad der Mutter als weitere Einflussfaktoren identifiziert werden [BMG, 2012a]. Auch diese Faktoren konnten teilweise durch die Aussagen der Interviewpartner der hier beschriebenen Studie bestätigt werden. Soziodemographische Faktoren, wie das Alter der befragten Frauen oder der Bildungsstand, sowie Fragen zum Lebensstil, wie das Rauchverhalten wurden im Zuge der hier vorliegenden Erhebung nicht abgefragt. Es kann dennoch, zumindest bei einem Großteil der befragten Frauen, ein höheres Alter sowie höherer Bildungsstand vorweg genommen werden, da laut Aussagen der Expertinnen und Experten viele an einer Stillgruppe teilnehmenden Frauen über eine höhere Ausbildung verfügen. Des Weiteren wurde von den befragten Stillgruppenleitern angegeben einen hohen Anteil an Akademikerinnen in der Gruppe zu haben, was ebenfalls auf ein höheres Alter (über 25 Jahre) schließen lässt. Faktoren, wie höheres Alter der Mutter, Stillerfolg bei älteren Kindern, ein positiver Geburtsverlauf und Bildungsstand der Mutter wurden von den hier befragten Expertinnen und Experten als Einflussfaktoren auf das Stillen genannt. Eine gegensätzliche Meinung einer Expertin oder eines Experten war, dass soziodemographische Faktoren das Stillverhalten nicht beeinflussen würden, da weniger gebildete oder weniger informierte Frauen entspannter und mit weniger Stress stillen.

Eine andere Studie aus dem Jahr 2003 konnte nicht bestätigen, dass der Anteil an Stillenden sowie der Anteil der Frauen, welcher über fünf Monate gestillt hat bei Dritt- oder Mehrgebärenden höher ist, als bei Erst- oder Zweitgebärenden. In der von Dremsek et al. durchgeführten Studie war das Gegenteil der Fall [Dremsek et al., 2003]. Allerdings lässt diese Erhebung von Dremsek et al. aus dem Jahr 2003 keinen

Schluss darüber zu, ob die vorangegangenen Kinder erfolgreich oder überhaupt gestillt wurden. Der Einfluss des Geburtsablaufs auf das spätere Stillverhalten brachte die gleichen Ergebnisse wie in den später durchgeführten und hier erwähnten Studien vom Bundesministerium und von der AAP aus dem Jahr 2012, nämlich dass eine Frau längere Stillraten aufweist, wenn die Geburt ohne Komplikationen abgelaufen ist [BMG, 2012a und AAP, 2012].

Aus Sicht einiger befragter Expertinnen und Experten ist es eine Tatsache, dass die von Kinderärztinnen und Kinderärzten sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen und anderen Expertinnen und Experten an Frauen vermittelten Meinungen von den Interessen der Industrie beeinflusst sind, da Forschungsaktivitäten teilweise von dieser finanziert werden. Dem Einfluss kann von Seiten der Frauen ausgewichen werden, in dem als Entbindungskrankenhaus ein Baby - friendly Hospital gewählt wird, wo das Werben von Produkten der Babynahrungsindustrie verboten ist.

Auf die Frage, ob sich die Frauen zum Stillen unter Druck gesetzt fühlen, entgegneten die Schwangeren, dass sie sich „von Nichts und Niemanden“ unter Druck gesetzt fühlen. Eine Frau meinte allerdings, dass sie sich selbst vorgenommen habe zu stillen und sie enttäuscht wäre, wenn es nicht funktionieren würde. Es könnte sein, dass vor allem Erstgebärende sich aus Selbstschutz bewusst oder unbewusst, keinen Druck zum Stillen auferlegen, um danach nicht enttäuscht sein zu müssen, wenn das Stillen nicht so funktioniert, wie sie es sich erwartet oder erhofft hätten. Aus der hier vorliegenden Studie kann nicht abgeleitet werden, dass von Seiten der Expertinnen und Experten Druck stillen zu müssen, ausgeübt wird. Allerdings wurde diese Meinung von den Expertinnen und Experten im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Baby - friendly Hospitals geäußert und keine der befragten Frauen hat ihr Kind in einem derartigen Krankenhaus entbunden beziehungsweise uns darüber in Kenntnis gesetzt dort entbunden zu haben.

Kategorie: Wissen und Information

Der Einfluss der Expertinnen und Experten in Bezug auf das Stillverhalten, ob positiv oder negativ spielt eine wichtige Rolle. Mit dieser Thematik haben sich mehrere

Studien, wie jene des Österreichischen Bundesministeriums als auch jene von Dremsek et al. beschäftigt. Der Zeitpunkt der Stillaufklärung scheint laut der von uns durchgeführten Studie nicht unerheblich zu sein, da einige Frauen meinten, dass der ideale Zeitpunkt aufgeklärt zu werden in der Schwangerschaft ist. Aus der Studie „Säuglingsernährung Heute“ geht hervor, dass der Zeitpunkt der Stillinformation eine große Rolle für den zukünftigen Umgang mit dem Stillen spielt [BMG, 2012a]. Das Gegenteil konnte in der von Dremsek et al. im Jahr 2003 durchgeführten Studie aufgezeigt werden, da dieser meinte, dass der Zeitpunkt der Stillaufklärung keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Stillen beziehungsweise Nicht - Stillen oder die Stilldauer ausübt [Dremsek et al., 2003]. Die Aussagen der Befragten in der hier durchgeführten Studie geben Grund zur Annahme, dass der Zeitpunkt der gegebenen Informationen eine Rolle spielt, denn wenn diese zu früh erfolgt, ist die Sinnhaftigkeit begrenzt, da die Frauen diese schnell vergessen werden. Allerdings sollten die nötigen Stillinformationen über Anlegemethoden, mögliche Stillschwierigkeiten, Informationen über geeignete Ansprechpersonen bereits in der Schwangerschaft erhalten werden. Diese Erkenntnis und Meinung deckt sich mit jener aus der Studie „Säuglingsernährung Heute“, bei welcher als idealer Zeitpunkt um Stillinformationen zu erhalten das letzte Drittel der Schwangerschaft genannt wurde. Die Aussage einer befragten Expertin beziehungsweise eines befragten Experten, dass das Stillen bereits in den Schulunterricht integriert werden sollte, um zukünftige Mütter und Väter in Bezug auf das Stillen zu sensibilisieren, wurde bereits als Maßnahme im Zuge der Studie „Säuglingsernährung Heute“ genannt und kann von der hier durchgeführten Erhebung nur noch einmal bestätigt werden. Des Weiteren wurde auch in der Studie „Säuglingsernährung Heute“ darauf hingewiesen, Stillinformationen in weiterführende Ausbildungen zu integrieren [BMG, 2012a]. In der im Zuge der Masterarbeit durchgeführten Studie wurde dies präzisiert und als erforderliche Maßnahme genannt, das Thema Stillen als fixen und vor allem einheitlichen Bestandteil in die Ausbildung stillrelevanter Berufe zu integrieren.

Eine Fokusgruppenteilnehmerin der schwangeren Frauen, welche bereits das zweite Kind erwartete, hat bei ihrem ersten Kind keine guten Stillerfahrungen gemacht und

daher nicht lange gestillt. Sie hatte allerdings vor, das Stillen beim zweiten zu versuchen. Auch andere in der Studie inkludierten Frauen sind Mütter von zwei oder mehr Kindern und haben erst in der Schwangerschaft des zweiten Kindes Informationen eingeholt. Einige Frauen haben ihre erstgeborenen Kinder mit dem Fläschchen aufgezogen und eine Frau meinte unter anderem auf Grund der finanziellen Vorteile und der Praktikabilität dem Stillen beim zweiten Kind den Vorzug zu geben. Dadurch werden die Ansicht und die Beobachtung mancher Expertinnen und Experten bestätigt, dass erst beim zweiten Kind Informationsbedarf besteht, wenn beim Ersten keine guten Stillerfahrungen gemacht wurden.

Es ist schwierig den unterschiedlichen Forderungen beziehungsweise Wünschen der Frauen gerecht zu werden, da in Bezug auf den Wunsch nach Informationen beziehungsweise ausreichend aufgeklärt zu werden eine Diskrepanz besteht. Auf der einen Seite wollen viele Erstgebärende in der Schwangerschaft und in der Stillzeit keine Stillinformationen, weil diese sie belasten würden und sind dem zu Folge für Informationen nicht empfänglich. Auf der anderen Seite bemängeln es die Zweitgebärenden (teilweise bereits auch die Erstgebärenden), wenn das Stillen Schwierigkeiten bereitet, nicht besser in der Schwangerschaft aufgeklärt worden zu sein und im Krankenhaus zu wenig Informationen diesbezüglich erhalten zu haben. Ein weiteres Problem ist, dass die primäre Ansprechperson für Stillaufklärung in der Schwangerschaft die Gynäkologin beziehungsweise der Gynäkologe wäre, wobei im Zuge der hier durchgeführten Befragung die Zuständigkeit desselben in Bezug auf Stillfragen in Frage gestellt wurde. Somit drängt sich die Frage auf, wie in Zukunft Frauen bereits in der Schwangerschaft flächendeckend und effektiv mit nützlicher Stillinformation erreicht werden könnten. In der Studie von Dremsek et al. wurde herausgefunden, dass statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen bestanden, welche einmalig und mehrmalig in Bezug auf das Stillen aufgeklärt wurden. Der Anteil jener Frauen, welche länger als fünf Monate gestillt hat, war bei Frauen welche mehrmalig aufgeklärt wurden signifikant höher [Dremsek et al., 2003]. Dies bedeutet für die zukünftige Arbeitsweise stillrelevanter Berufe, dass es wichtig ist, Frauen die Informationen mehrmalig und an verschiedenen Orten, wie in der

gynäkologischen Praxis, in der Schwangerenambulanz, im Krankenhaus bei der Entbindung sowie später bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt zugänglich zu machen und Broschüren über das Stillen sowie Adressen für Stillberatung aufzulegen und eine Aufklärung über das Stillen abzuhalten. Des Weiteren sollten Frauen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus auf Stillgruppen hingewiesen werden. Dies deckt sich mit der Aussage aus der 2006 durchgeführten Studie des Österreichischen Bundesministerium, in welcher erwähnt wird, dass von Seiten der Expertinnen und Experten auf Literatur zum Stillen und Stillberatungszentren sowie Adressen mobiler Stillberaterinnen hinzuweisen ist [BMG, 2012a]. Die Forderung kann von der vorliegenden Studie nur bestätigt werden, da herausgefunden werden konnte, dass Frauen oftmals sehr viele Informationen aus vielen verschiedenen Quellen, wie Büchern, Internet oder Zeitschriften einholen und diese ihrer Richtigkeit und Relevanz entsprechend nicht richtig einordnen können. Des Weiteren wurde erhoben, dass Frauen oftmals in schwierigen Situationen nicht wissen an wen sie sich wenden sollen und hierbei können die Adressen von Stillberaterinnen helfen.

In dem EU - Aktionsplan wurde erwähnt, dass die Verbreitung von Stillinformationen an werdende Eltern beziehungsweise junge Mütter mehr Wirkung zeigt, wenn die Informationen in einem ausgiebigen, direkten Gespräch und durch persönlichen Kontakt weitergegeben werden [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Ein im Zuge dieser Studie befragter Experte ist der Meinung, dass zu viele Informationen besonders in der Schwangerschaft die Frauen im Stillen hemmen und es ihnen somit schwerer fällt, entspannt zu stillen. Im Zuge dessen fiel der Begriff „Übergebildet“, welcher so viel bedeutet, als dass sich die Frauen zu detailliert auf das Stillen und die Zeit mit dem Neugeborenen vorbereiten und sich damit selbst verunsichern. Beide Ansätze haben ihre Berechtigung, allerdings ist bei der Übermittlung von Informationen auf dessen Relevanz und Praxistauglichkeit zu achten, denn zu theoretisches beziehungsweise medizinisches Wissen zu vermitteln bringt nicht den gewünschten Erfolg. Es geht darum die Relevanz und die Vorteile des Stillens gegenüber jeder anderen Nahrung aufzuzeigen und dabei vor allem nach der Geburt des Kindes, praktische Anleitungen und einheitliche Informationen zu übermitteln.

Dazu sollte auch zählen, Frauen an geeignete Stellen, wie Laktationsberaterinnen und Laktationsberater weiterzuvermitteln. Eine weitere Diskrepanz zwischen den Aussagen der Frauen und den Expertinnen und Experten bestand in dem Erhalten von Informationen, da ein Großteil der Frauen angab, in der Schwangerschaft keine Informationen in Bezug auf das Stillen erhalten zu haben. Eine Teilnehmerin meinte, dass man überhaupt keine Informationen erhalte, wenn man nicht explizit danach frage. Die Expertinnen und Experten gaben allerdings an, allen Frauen Informationen zum Stillen zu geben. Eine Erklärung für diese Gegebenheit ist, dass die Frauen die übermittelten Informationen auf Grund mangelnder Relevanz vergessen haben. Eine andere Erklärung ist, dass manche Expertinnen und Experten, Frauen wirklich nicht oder nicht gut über das Stillen aufklären. Auffallend war, dass zwischen den Stillenden und Schwangeren bezüglich der (noch nicht) eingeholten Informationen unterschiedliche Meinungen vorherrschten. So empfand ein Großteil der befragten Stillenden die eingeholten Informationen mindestens einmal als widersprüchlich, wobei nicht nur die direkt von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen gemeint waren, sondern auch Informationen, welche aus Büchern, Zeitschriften oder aus dem Internet eingeholt wurden. Die Schwangeren hingegen empfanden die Informationen bislang als einheitlich beziehungsweise nicht als widersprüchlich. Die befragten schwangeren Frauen meinten allerdings, sich noch nicht intensiv eingelesen zu haben und daher noch keinen fundierten Vergleich anstellen zu können. Des Weiteren meinten alle befragten Schwangeren noch keine Informationen von Seiten der Gynäkologin beziehungsweise des Gynäkologen oder anderer Expertinnen und Experten erhalten zu haben, wodurch noch keine Aussagen bezüglich der Einheitlichkeit der Informationen gemacht werden können.

Aus der hier durchgeführten Studie geht hervor, dass Frauen die Kinderärztinnen und Kinderärzte als Ansprechpersonen in Bezug auf Stillfragen nicht ernst nehmen. Anscheinend besteht von Seiten vieler Frauen kein Bedarf Kinderärztinnen und Kinderärzte oder Gynäkologinnen und Gynäkologen in Stillbelangen um Rat zu fragen. Auf der anderen Seite wurde im Zuge der Interviews kritisiert, dass nicht mehr Informationen zum Stillen aus diesen Quellen erhalten wurden. Teilweise sollte ein

Umdenken von Seiten der Frauen, als auch von Seiten der Expertinnen und Experten erfolgen, denn das Stillen sollte bereits in der Schwangerschaft besprochen werden und das Interesse der Frauen sollte zu diesem Zeitpunkt bereits geweckt sein. In der Studie des Österreichischen Bundesministeriums wurde das Gegenteil herausgefunden, nämlich, dass österreichische Mütter sich vor beziehungsweise während der Schwangerschaft über das Stillen informieren und über den Wert und die Sinnhaftigkeit des Stillens sehr gut aufgeklärt sind [BMG, 2012a]. Dies konnte durch die hier durchgeführte Studie nicht gänzlich bestätigt werden, wobei die Teilnehmerinnen nicht gefragt wurden, ob sie sich vor der Schwangerschaft über das Stillen informiert hatten. Allerdings kann angenommen werden, dass von dem Großteil der befragten Frauen keine Informationen vor der Schwangerschaft eingeholt wurden, da sich viele Frauen nicht einmal während der Schwangerschaft über das Stillen informiert haben.

Die von den Expertinnen und Experten erhaltenen Informationen wurden von den Frauen unterschiedlich bewertet. Die Aussagen der Hebammen wurden in der hier durchgeführten Studie von den befragten Teilnehmerinnen großteils als sehr gut empfunden. Vor allem jene, welche privat organisiert wurden, wurden als besonders gut bewertet. Die Informationen der Kinderärztinnen und Kinderärzte wurden zu einem großen Teil als schlecht oder unzureichend empfunden. Literatur zum Stillen wurde nicht von allen Teilnehmerinnen konsumiert, wobei somit keine Aussage getroffen werden kann. Auch in der Studie des Österreichischen Bundesministeriums fungierten die Hebammen als häufige Informationsquelle, wobei die Informationen, welche aus dem Lesen von Literatur angeeignet wurden an erster Stelle standen. Die Informationen, welche durch Kinderärztinnen und Kinderärzte erhalten wurden, wurden in Bezug auf die Praxisrelevanz der Informationen nach dem Lesen von Literatur als zweitwichtigste Quelle genannt. Die Informationen, welche von Krankenschwestern erhalten wurden, wurden als am schlechtesten beurteilt. Aus der vom österreichischen Bundesministerium im Jahr 2006 durchgeführten Studie wurde schlussgefolgert, dass die Stillinformation sowie das initiale Stilltraining für die Mütter relativ gut ablaufen. Dies konnte durch die hier vorliegende Studie nicht bestätigt

werden, da viele der befragten Frauen mit der Betreuung und den vermittelten Informationen unzufrieden waren [BMG, 2012a].

Welche Relevanz dem Stillen in der täglichen Arbeit mit den Wöchnerinnen zukommt, hängt wahrscheinlich unter anderem damit zusammen, welche Relevanz dem Stillen in der Ausbildung zu Teil geworden ist. Die befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen meinten wenig bis gar nichts in ihrer Ausbildung über das Stillen erfahren zu haben, wobei das vorhandene Wissen durch die tägliche Arbeit mit den Frauen und den Austausch mit Arbeitskollegen erlangt wurde. Das bedeutet, dass die übermittelten Empfehlungen zumindest teilweise nicht evidenzbasiert sind, sondern auf Meinungen und persönlichen Einstellungen sowie Erfahrungen beruhen. Ein logischer Schritt den übermittelten Empfehlungen Einheitlichkeit und wissenschaftliche Evidenz zu verleihen, wäre das Thema Stillen in allen stillrelevanten Berufen, wie Kinderärztin und Kinderarzt, Gynäkologin und Gynäkologe, Kinderkrankenschwester, Hebamme sowie Diätologin und Diätologe als fixen und einheitlichen Bestandteil der Ausbildung zu etablieren. Die in der vorliegenden Studie genannte Maßnahme, die Ausbildung stillrelevanter Berufe zu optimieren, wurde bereits in der im Jahr 2006 durchgeführten Studie „Säuglingsernährung Heute“ erwähnt [BMG, 2012a]. Einige der befragten Expertinnen und Experten haben die International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) - Ausbildung absolviert. Diese meinten, dass die Ausbildung sehr gut, allerdings auch teuer wäre und von den Interessenten oftmals selbst bezahlt und in der Freizeit absolviert werden muss. Des Weiteren wies eine Expertin beziehungsweise ein Experte darauf hin, dass die Zusatzausbildung nicht zusätzlich honoriert werde, sondern freiwillig sowie nebenbei absolviert werden muss und von anderen Kolleginnen und Kollegen häufig nicht positiv aufgenommen wird, da durch das neu erlangte Wissen einer Kollegin beziehungsweise eines Kollegen zwangsläufig die Arbeitsweise vieler anderer Kolleginnen und Kollegen hinterfragt und möglicherweise versucht wird zu verbessern. Eine Möglichkeit diese Situation zu verbessern, wäre die Ausbildungsbedingungen der IBCLC - Ausbildung zu optimieren in dem mehr Geld von Seiten der Politik investiert wird. Dadurch könnte es ermöglicht werden die

Zusatzausbildung einerseits während der Arbeitszeit zu absolvieren und andererseits diese zumindest teilweise finanziert zu bekommen, wodurch die Absolvierung derselben für Interessentinnen und Interessenten attraktiver erscheinen würde, denn derzeit erachten manche Expertinnen und Experten diese Zusatzausbildung nicht als notwendig. Durch eine stärkere Sensibilisierung der Expertinnen und Experten wird die Chance erhöht, dass diese ihr Wissen an die Frauen weitergeben. Die Frauen wären auf die mit Schwierigkeiten behaftete Zeit besser vorbereitet und es würde seltener die Gefahr bestehen, dass frühzeitig abgestellt wird.

Der vermehrten Schulung von Expertinnen und Experten wird bereits laut dem EU - Aktionsplan aus dem Jahr 2004 Folge geleistet, denn zu den definierten Maßnahmen zählt auch die Schulung des Personals [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Kategorie: Zukunft

Ein Teil der durchgeführten Studie beschäftigt sich mit Maßnahmen, welche in Zukunft zur Stillförderung beitragen können. Maßnahmen, welche im Zuge der hier durchgeführten Studie identifiziert wurden, wurden zum Teil in der vom österreichischen Bundesministerium durchgeführten Studie ebenfalls genannt. Hierzu zählen, dass die Geburtsklinik die Mütter über etwaige Probleme aufklärt und diese vorweg nimmt. Außerdem wird auch hier erwähnt, dass es wichtig ist Müttern Ansprechpersonen zu nennen, welche nach dem Verlassen des Krankenhauses von den Frauen kontaktiert werden können, aber kostenfrei sind [BMG, 2012a].

Im EU - Aktionsplan 2004, welcher sich ebenfalls der Stillförderung und dem Schutz des Stillens widmete, wurden bereits viele Maßnahmen genannt, welche teilweise umgesetzt werden. Im Zuge eines Experteninterviews wurde daraufhin gewiesen, dass derzeit daran gearbeitet wird Maßnahmen umzusetzen, allerdings wurden keine Beispiele genannt. In dem EU - Aktionsplan ist ein Überblick über die Beurteilung der Maßnahmen zu finden, wobei von diesem auf wirkungsvolle Maßnahmen schlussgefolgert wird. So sind laut dem EU - Aktionsplan unter wirkungsvollen Maßnahmen eine Kombination aus mehreren evidenzbasierten Strategien und Maßnahmen im Rahmen von facettenreichen und bereits integrierten Projekten zu

verstehen [Österreichisches Hebammengremium, 2012]. Die in der vorliegenden Studie genannten Maßnahmen zielen einerseits auf den Stillbeginn, zum Beispiel durch die Forderung, dass Frauen sich bereits intensiver in der Schwangerschaft mit dem Stillen auseinandersetzen sollten als auch auf den Vorschlag den Ausbau der „Baby - friendly Hospital Initiative“ zu fördern, ab. Maßnahmen, welche eine höhere Stilldauer anstreben, sind unter anderem das Betreiben von Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Stillen, wie zum Beispiel ein Fernsehwerbespot, die Sensibilisierung der Kinder durch die Integration des Themas Stillen in den Schulunterricht, die Forcierung von Stillgruppen und eine speziellere Ausbildung der Expertinnen und Experten beziehungsweise die Ausbildung zur Laktationsberaterin - IBCLC zu forcieren.

Einige Maßnahmen, wie Medienkampagnen und umfassende Schulung des Gesundheitspersonals sind ebenfalls in dem EU - Aktionsplan verankert. Ebenso wird erwähnt, dass die Baby- friendly Hospital Initiative eine weitreichende Maßnahme mit erwiesener Wirkung darstellt und dessen Umsetzung in hohem Maße empfehlenswert ist [Österreichisches Hebammengremium, 2012]. Der vom Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2006 durchgeführte Vergleich zwischen „stillfreundlichen“ und „nicht - stillfreundlichen“ Krankenhäusern hat gezeigt, dass es große Unterschiede in Bezug auf die Stillförderung, die Stillaus- und Weiterbildung, die Stillrichtlinien sowie andere stillrelevante Themen gibt. Außerdem beginnen in „stillfreundlichen“ im Vergleich zu „nicht - stillfreundlichen“ Krankenhäusern mehr Frauen zu stillen [BMG, 2012a]. In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass die Stilldauer bei Säuglingen, welche in einem Baby - friendly Hospital (BFH) geboren wurden, verglichen mit Säuglingen, welche in einem konventionellem Spital geboren wurden, länger war, wenn die Richtlinien der UNICEF bestmöglich umgesetzt wurden. Dies bedeutet, dass es auch innerhalb der BFH Unterschiede in der Stilldauer gibt, da manche Krankenhäuser die Richtlinien genauer umsetzen als andere. Jene, welche sich strikt an die UNICEF - Kriterien halten, können die längsten Stilldauern vorweisen [Merten et al., 2005]. In einem Experteninterview wurde auf die von Merten et al. durchgeführte Studie hingewiesen, da hier verdeutlicht wird, dass auch der Grad der Umsetzung, also ob die Richtlinien für die Zertifizierung zu einem BFH ausreichend

oder sehr gut umgesetzt wurden, Auswirkungen auf die Stilldauer haben. Es konnte in der im Jahr 2011 von Schmied et al. durchgeführten Studie herausgefunden werden, dass die richtlinienbasierte Arbeit der „Baby - friendly Hospital Initiative“ zu geringerem Stress unter den Mitarbeitern führt, da alle Expertinnen und Experten dieselben Empfehlungen aussprechen und kein Mitarbeiter die Arbeit eines anderen ausbessern müsse [Schmied et al., 2011]. Obwohl in zahlreichen Studien, wie auch in der hier durchgeführten erwähnt wird, dass Stillraten und Stilldauern in BFH höher sind als in herkömmlichen Krankenhäusern, muss diese Aussage kritisch betrachtet werden. Es ist davon auszugehen, dass Frauen welche gerne stillen wollen, mit höherer Wahrscheinlichkeit ein Krankenhaus auswählen, das einen „stillfreundlichen“ Ruf hat. Frauen, welche sich bezüglich des Stillens noch nicht sicher sind, werden mit höherer Wahrscheinlichkeit ein nicht zertifiziertes Spital aufsuchen. Nicht alle der im Zuge der vorliegenden Studie befragten Expertinnen und Experten sind Anhänger der „Baby - friendly Hospital Initiative“. Manche Expertinnen und Experten empfinden diese Initiative, sowie auch manche Teilnehmer und Teilnehmerinnen in der Studie von Schmied et al., als extrem, da neben der geschilderten Radikalität die Gefahr besteht, dass die Frauen unter Druck gesetzt werden. Trotz der zum Teil gegensätzlichen Meinungen zur „Baby - friendly Hospital Initiative“ machen zahlreiche Studien sowie einige Aussagen der im Zuge unserer Studie befragten Expertinnen und Experten deutlich, dass die Forderung die Initiative der stillfreundlichen Krankenhäuser auszubauen, um zum Schutz und der Stillförderung des Stillens länderübergreifend beizutragen, gerechtfertigt ist.

In einer Fokusgruppendifkussion wurde darauf hingewiesen, dass viele Frauen sich ihrem Anspruch auf Hebammenbetreuung nicht bewusst wären. Demzufolge scheint eine weitere Maßnahme zu sein, Frauen auf ihre Ansprüche hinzuweisen, denn eine fundierte Betreuung von Anfang an, trägt ebenfalls dazu bei die Stillraten und die Stilldauer zu verlängern. Für viele Frauen ist es aus finanzieller Sicht schwierig sich eine zu Hundertprozent selbst zu finanzierende Hebammenbetreuung zu leisten, daher wurde als eine Maßnahme der Ausbau der Kassenhebammen genannt. Dieser Wunsch wurde ebenfalls während der Fokusgruppendifkussionen angesprochen und sollte als

zukünftig zu ergreifende Maßnahme in Erwägung gezogen werden. Aus den Experteninterviews ging hervor, dass Gründe für den Ausbau der Hebammenbetreuung einerseits die Kostenersparnis und andererseits die Verbesserung der Beratungsqualität sind. Es wurde von einem Experten daraufhin gewiesen, dass eine ambulante mehrtägige Betreuung durch eine Hebamme dem Gesundheitssystem weniger Kosten abverlangen würde, als eine stationäre Aufnahme einer Frau in einem Krankenhaus.

Die Wirksamkeit der Maßnahmen festzustellen ist schwierig, da häufig kleine Studienzahlen vorliegen und die Einbettung in facettenreiche Maßnahmen vorliegt. Ob ein Maßnahmenpaket umgesetzt wird, hängt vom Wirkungsgrad, der Durchführbarkeit und den Kosten ab. Die Kosten und die Durchführbarkeit sind länder- und regionenspezifisch, da diese von den ökonomischen, sozialen und kulturellen Gegebenheiten des jeweiligen Landes abhängen. Somit ist die Durchführbarkeit von Maßnahmen stärker von dem politischen Interesse des jeweiligen Landes abhängig, als von den Fragen zu Durchführbarkeit und Kosten. Aus dem EU - Aktionsplan geht hervor, dass auch Maßnahmen empfohlen werden können, welche nicht aus wissenschaftlichen Überlegungen heraus evidenzbasiert sind. Ein Programm mit Maßnahmen zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens ist nicht eine Liste von unabhängigen Maßnahmen, sondern die Maßnahmen stehen in Verbindung zueinander und ergänzen sich. Um das Verhalten von Müttern, Familien und dem Gesundheitspersonal zu verändern bedarf es einer Kontinuität, wodurch gewährleistet werden kann, dass die Maßnahmen über einen längeren Zeitraum fortgesetzt werden [Österreichisches Hebammengremium, 2012].

Im Zuge der Studie wurde ersichtlich, dass Expertinnen sowie Experten und die Fokusgruppenteilnehmerinnen in manchen Belangen, wie dem Ausbau der Hebammenbetreuung, günstigere Hebammenbetreuung und mehr Informationen in der Schwangerschaft bereitzustellen, derselben Meinung sind. Dies macht deutlich, dass derartige Maßnahmen für Betroffenen, also sowohl von Expertinnen und Experten als auch von Stillenden und Schwangeren notwendig sind und es drängt sich die Frage auf, wann diesem weitläufigem Bedürfnis von Seiten der Politik durch zum

Beispiel die notwendigen finanziellen Mittel nachgegangen wird. Namhafte Organisationen, wie WHO und UNICEF vertreten die Meinung, dass eine Änderung der Krankenhauspraktiken, welche Mütter und ihre Neugeborenen betreffen, die beste Möglichkeit bietet, die Stillfrequenz und Stildauer zu erhöhen [BMG, 2012a].

In der 2006 durchgeführten Studie wird erwähnt, dass die Rolle der Frauenärztin beziehungsweise des Frauenarztes als Informationsquelle für Stillinformationen in der Schwangerschaft forciert werden sollte und kann durch die vorliegende Studie bestätigt werden [BMG, 2012a]. Allerdings sind einige Maßnahmen, welche davor stattzufinden haben, notwendig um dies zu ermöglichen. Wie bereits erwähnt, muss in der Ausbildung stillrelevanter Berufe so auch in jener von Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Kinderärztinnen und Kinderärzten dem Stillen mehr Bedeutung zugesprochen werden und das Bewusstsein der Frauen für das Stillen stärker forciert werden, damit die Empfänglichkeit der Frauen in Bezug auf Stillinformationen in der Schwangerschaft gewährleistet ist.

Stärken und Limitierungen der Studie

Stärken der Studie:

Das qualitative Interview stellt eine flexible und leistungsfähige Forschungsmethode dar, mit welcher neue Bereiche für die Forschung eröffnet werden können [Britten, 1995]. Es wurden viele in dem Kapitel „Material und Methoden“ beschriebene zu beachtende Faktoren, wie auf das Stellen offener, neutraler, sensibler und klar verständlicher Fragen zu achten, Wert gelegt. Geeignete Fragen zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden im Vorfeld gut durchdacht. Des Weiteren wurde während dem Abhalten der Interviews beziehungsweise Fokusgruppendifkussionen auf eine angenehme Atmosphäre geachtet. Diese wurde im Zuge der Diskussionen durch das Sitzen in einem Kreis das Anbieten von Getränken, Keksen und einmal einem Kuchen gewährleistet. Die Experteninterviews wurden ebenfalls in einer relativ angenehmen Atmosphäre durchgeführt, da diese am Arbeitsplatz der jeweiligen Person durchgeführt wurden. Die Atmosphäre konnte von Seiten der Interviewer während der

Fokusgruppendifkussionen stärker beeinflusst werden, als während der Experteninterviews.

Im Zuge der Masterarbeit durchgeführten Studie wurde als qualitative Methode die Vertiefung gewählt. Diese Methode hat dazu beigetragen, Einzelmeinungen gezielt zum Ausdruck zu bringen sowie die Plausibilität bereits interpretierter Zusammenhänge, wie den tatsächlichen Einfluss der Expertinnen und Experten auf das Verhalten der Frauen und Ergänzungen von zu kurz geratenen Informationen, wie wirkungsvolle Maßnahmen aus Sicht der Expertinnen und Experten sowie der befragten Frauen, aufzuzeigen. Wenn auch innerhalb qualitativer Methoden keine derart großen Stichproben herangezogen werden können, wie es bei der quantitativen Herangehensweise möglich ist, so können jedoch die befragten Personen ihre Meinungen und Vorstellungen detailliert preisgeben, Unklarheiten können sofort abgeklärt werden und Aspekte einer vollständig erforscht geglaubten Thematik können aufgedeckt werden.

Viele der hier erwähnten und beschriebenen Ergebnisse, wie das Vorwissen der schwangeren und stillenden Frauen, das Interesse der Frauen an Stillinformationen oder der Einfluss auf das Verhalten sowie zu ergreifende Maßnahmen sind bereits aus anderen Studien bekannt. Es war allerdings, neben dem Ziel neue Aspekte aus dem Bereich des Stillens und der Stillförderung aufzudecken, ein Ziel der Studie die bereits bestehenden Aspekte zu vertiefen und herauszufinden, was Betroffene dazu bewegt in der Weise zu handeln und zu denken wie sie es tun. Dies zu erforschen, ist einzig und allein durch qualitative Forschung möglich, da nur hier auf die persönlichen Meinungen und Aussagen der Befragten eingegangen und individuell nachgefragt werden kann.

Eine weitere Stärke der hier durchgeführten Studie ist, dass die befragten Expertinnen und Experten aus vielen verschiedenen Bereichen kommen und somit Ansichten aus unterschiedlichen Gebieten aufgezeigt werden konnten. Dies ist wichtig, da das Stillen und die Stillförderung einen komplexen Vorgang darstellt, welches Thema vieler Fachbereiche, wie beispielsweise der Pädiatrie und Gynäkologie sowie der Ernährungslehre ist [VSLÖ, 2012a].

Limitierungen der Studie

In der vorliegenden Studie wurden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem großen Teil Frauen mit höherer Bildung befragt, wodurch keine Aussagen von Frauen aus niedrigeren Bildungsschichten erhoben werden konnten. Dies lag daran, dass fast nur Frauen, welche Stillgruppen beziehungsweise Geburtsvorbereitungskurse besuchen oder besuchten, erreicht werden konnten. Diese Institutionen werden zu einem großen Teil von Frauen, welche dem Stillen stärkeres Interesse entgegen bringen und laut Aussage der befragten Experten zu einem Hauptteil von Frauen beziehungsweise Paaren mit höherer Bildung, besucht. Außerdem besuchen nur stillende Frauen beziehungsweise schwangere Frauen, welche in Zukunft gerne Stillen wollen eine Stillgruppe, wodurch die Ansichten bezüglich des Stillens unter den Nicht - Stillenden nicht erhoben werden konnten.

Eine weitere Limitierung ist, dass während der Interviews nicht immer exakt dieselben Fragen, in derselben Reihenfolge gestellt wurden. Dies ist einerseits eine Limitierung, auf der anderen Seite eine Stärke der hier gewählten qualitativen Interviewmethode, da dadurch individuell auf die Interviewpartner eingegangen werden konnte und so in jedem Interview unterschiedliche Aspekte der Thematik herausgearbeitet werden konnten. Es handelt sich bei dieser Studie wie in dem Kapitel „Material und Methoden“ bereits beschrieben, um ein halbstrukturiertes Interview. Das halbstrukturierte Interview zeichnet sich durch eine lose Struktur von „open ended“ Fragen aus. Das Ziel qualitativer Interviews ist es, Einstellungen, Meinungen und Ansichten der Befragten aufzudecken, wodurch es notwendig ist, dem Interviewer sowie den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern Freiraum in Bezug auf die Reihenfolge der Fragen als auch den Antworten zu geben. Des Weiteren kann zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Frauen, bei der Frage ob sie überhaupt, beziehungsweise wie lange sie stillen, damit ausschließliches Stillen meinten. Allerdings wurde dies im Vorfeld nicht genau erklärt, welche Art des Stillens gemeint ist. Dadurch, dass die befragten Frauen entweder alle eine Stillgruppe besuchten und von den Leiterinnen der selbigen genau instruiert wurden beziehungsweise selbst sehr engagierte Stillerrinnen sind oder waren, kann davon

ausgegangen werden, dass die meisten Frauen ihren Kindern nichts außer Muttermilch füttern oder fütterten. Bei der Studie des österreichischen Bundesministeriums „Säuglingsernährung Heute“ wurde die Art des Stillens in drei Kategorien eingeteilt, nämlich „voll gestillt“, „überwiegend gestillt“ und „ergänzend gestillt“. Wurde ein Säugling vollgestillt, bekam er ausschließlich Muttermilch, wenn dieser „überwiegend gestillt“ wurde, bekam dieser außer Muttermilch in geringer Menge auch Tee oder Wasser zugefüttert. „Teilgestillt“ bedeutete, dass der Säugling zusätzlich zur Muttermilch MilCHFertignahrung oder Beikost erhielt [BMG, 2012a]. Ein im Zuge der in der hier beschriebenen Studie befragter Experte wies darauf hin, dass es für die Frauen auch als Stillen gilt, wenn diese zusätzlich zufüttern, wodurch die Ergebnisse beeinflusst sein könnten. Allerdings wurde im Zuge der Fokusgruppendifkussionen darüber gesprochen wie lange sie vorhaben ausschließlich zu stillen und ab wann mit der Einführung von Beikost begonnen werden soll, weshalb diese Limitierung wieder abgeschwächt wird.

Fehlerquellen, welche während der Durchführung qualitativer Interviews vorkommen können, wurden von Britten im Jahr 1995 erläutert. Einige Störfaktoren, welche von außen einfließen können, sind das Läuten des Telefons, konkurrierende Ablenkungen, wie die Anwesenheit von Kindern, Nervosität des Interviewers oder des Interviewpartners, das Stellen unangenehmer oder peinlicher Fragen, abrupte Themenwechsel und die Darstellung der eigenen Meinung und damit die Verspannung des Interviewpartners [Britten, 1995]. Das Läuten des Telefons konnte im Zuge eines Interviews als Störfaktor identifiziert werden, wobei es zwar zu einer kurzen Unterbrechung des Interviews kam, allerdings ist der befragte Experte beziehungsweise die befragte Expertin ohne länger nachdenken zu müssen, was vorher besprochen wurde zur Antwort der davor gestellten Frage übergegangen, wodurch keine wirkliche Limitierung zu erkennen ist. Während der Fokusgruppendifkussionen mit stillenden Frauen war die Anwesenheit der Kinder jedenfalls ein Störfaktor, da einerseits die Interviews häufig durch das Weinen der Kinder gestört wurde, somit teilweise kein Wort mehr verstanden werden konnte und die Aufmerksamkeit der betreffenden Mütter geringer war. Des Weiteren wurde durch

das laute Weinen der Kinder, das Transkribieren der Interviews erschwerte, da einige Textpassagen nicht verstanden werden konnten, wodurch einige Aussagen der Frauen in der Auswertung fehlen. Die anderen von Britten geschilderten Faktoren führten in den im Zuge dieser Studie durchgeführten Interviews zu keinen Störungen, da weder die Interviewer noch die Interviewpartner nervös erschienen oder peinliche Fragen gestellt, abrupte Themenwechsel vollzogen haben oder die eigene Meinung des Interviewers preisgegeben wurde.

Conclusio

Allgemeine Schlussfolgerungen

Aus den durchgeführten Interviews wurde ersichtlich, dass bezüglich der von den Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen Einheitlichkeit bestand, da alle befragten Expertinnen und Experten den Frauen die aktuelle WHO - Empfehlung mitteilen würden. Diese lautet sechs Monate ausschließlich und nach Bedarf des Kindes zu stillen, danach eine langsame und unter dem Schutz des Stillens erfolgende Einführung von Beikost vorzunehmen und weiter zu stillen solange Mutter und Kind es möchten [WHO, 2012b].

Die von Expertinnen und Experten im Krankenhaus ausgesprochenen Empfehlungen werden von Betroffenen als widersprüchlich wahrgenommen. Die Wöchnerinnen erhalten Informationen, allerdings fühlen sich die Frauen von differenten Meinungen, wie fixe Stillintervalle ein- oder nicht einzuhalten verunsichert. Der Wunsch nach Informationen und das Bedürfnis der Frauen sich in der ersten Schwangerschaft über das Stillen zu informieren, ist begrenzt. Dies ändert sich bei der Schwangerschaft des zweiten Kindes, wenn das Stillen nicht optimal funktioniert hat. Die Frauen bereuen es, sich keine Informationen beschafft zu haben, was beim zweiten Kind nachgeholt wird.

In einigen Bereichen hat es aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten, wie der Anlegedauer, der Methodik der Stillberatung, der Einführung von Beikost, der Entstehung von Allergien sowie der Empfehlung zur Kuhmilchgabe und anderen Nahrungsmitteln im ersten Lebensjahr, wie Gluten, Eier, Nüsse, Fisch und Sojaprodukte Änderungen in den Empfehlungen gegeben. Einige der befragten Expertinnen und Experten sind der Überzeugung, dass es in den nächsten Jahren wieder Änderungen in den Empfehlungen geben werde. Durch diese Aussagen wird deutlich, dass es in dem Bereich des Stillens und der Stillförderung wichtig ist, sich fortzubilden um an die aktuellen Empfehlungen zu gelangen und über die neuesten Erkenntnisse im Bereich des Stillens zu erfahren.

Aus Sicht der Befragten, sowohl der Expertinnen und Experten als auch der Fokusgruppenteilnehmerinnen sollte eine adäquate und wissenschaftlich fundierte

Stillaufklärung bereits in der Schwangerschaft erfolgen. Diese sollte durch verschiedene für Frauen in der Schwangerschaft relevante Expertinnen und Experten, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schwangerenambulanz bei der Anmeldung zur Geburt im Krankenhaus vorgenommen werden. Des Weiteren könnten Frauen in Zukunft durch Expertinnen und Experten bereits in der Schwangerschaft auf Stillgruppen und Geburtsvorbereitungskurse hingewiesen werden. Das derzeitige Problem ist die von den Frauen ausgehende Diskrepanz in Bezug auf das Erhalten von Informationen, da einerseits das Nicht - Erhalten von Informationen in der Schwangerschaft kritisiert wurde und andererseits angegeben wurde, in der Schwangerschaft für Informationen nicht empfänglich gewesen zu sein.

Einfluss auf das Stillverhalten haben aus Sicht der Expertinnen und Experten verschiedene persönliche Aspekte, wie die finanziellen Vorteile des Stillens, Vorerfahrungen bei vorangegangenen Kindern oder die Meinung des Partners und der Verwandtschaft. Andere Einflussfaktoren auf das Stillverhalten der Frauen sind Werbung und zeitliche Trends, Beratung durch Fachkräfte sowie der jeweilige Kulturkreis. Als Faktoren mit geringem Einfluss wurde durch die hier befragten Expertinnen und Experten das Lesen von Literatur, wie Bücher oder Zeitschriften identifiziert. Seitens der befragten Frauen hat der gesundheitliche sowie der finanzielle Aspekt des Stillens den größten positiven Einfluss auf den Wunsch stillen zu wollen. Eifersucht älterer Kinder sowie die Angst zu wenig Milch zu haben, sind die stärksten Gründe für Frauen nicht zu stillen. Diese Aspekte zeigen auf, in welchen Bereichen die Frauen am besten erreicht werden könnten, um sie zum Stillen zu bewegen beziehungsweise in welchen Bereichen (zum Beispiel zu wenig Milch zu haben) mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden sollte.

Zwischen den relevanten Berufsgruppen wie Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen und Kinderärztinnen und Kinderärzten herrscht eine Diskrepanz bezüglich der Wichtigkeit die dem Stillen in der täglichen Arbeit eingeräumt wird. Die von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen werden von den Frauen häufig als widersprüchlich, zu theoretisch und wenig praxisorientiert

wahrgenommen. Dadurch erscheinen die erhaltenen Informationen als wenig hilfreich. Als Ausnahme wurden die privat organisierten Expertinnen und Experten, wie Hebammen genannt, welche zu jeder Zeit verfügbar sind und praktische sowie hilfreiche Ratschläge für die Frauen haben.

Durch die Aussagen der Fokusgruppenteilnehmerinnen sowie der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner kann schlussgefolgert werden, dass von Seiten der Expertinnen und Experten wissenschaftlich abgesicherte und vor allem einheitliche Empfehlungen an Frauen ausgesprochen werden sollten, um zur Stillförderung beizutragen. Dies kann durch eine einheitliche Ausbildung stillrelevanter Berufe, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Krankenschwestern, Hebammen sowie Laktationsberaterinnen und Laktationsberater gewährleistet werden. Durch die stärkere Integration des Themas Stillen in die Ausbildung stillrelevanter Berufe kann es gelingen diese noch mehr für die Relevanz des Stillens zu sensibilisieren, wodurch seitens der Expertinnen und Experten eine stärkere Sensibilisierung der Frauen durch fundierte Aufklärung gewährleistet werden kann. Aus Sicht einer befragten Expertin beziehungsweise eines befragten Experten gebe es zurzeit keine standardisierte Stillberatung, was ebenfalls durch die Vereinheitlichung der Ausbildung stillrelevanter Berufe verbessert werden beziehungsweise zukünftig gewährleistet werden könnte. Weitere Maßnahmen, welche zukünftig ergriffen werden könnten um das Stillen zu fördern, sind die Verbesserung der Bedingungen bei der Ausbildung zur Laktationsberaterin - IBCLC sowie Stillgruppen zu forcieren. Die Unterstützung von Stillgruppen sowie das vermehrte Hinweisen auf diese durch Expertinnen und Experten ist seitens der Fokusgruppenteilnehmerinnen als eine wichtige Maßnahme zu beurteilen, denn viele Frauen gaben im Zuge der Diskussionen an, dass diese sie sehr im Stillen unterstützt haben.

Erkenntnisgewinn der Arbeit

Die Studie soll dabei helfen, zukünftig an den Bedürfnissen der Frauen orientierte Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Des Weiteren soll die Studie aufdecken,

was Frauen in Bezug auf Stillförderung brauchen beziehungsweise was ihnen fehlt, da nur dann effektive Maßnahmen in die Wege geleitet werden können, welche dazu beitragen das Stillen populärer zu machen. Des Weiteren können Frauen durch gezielte Maßnahmen in ihrem Wunsch zu stillen unterstützt werden. Frauen, welche in Bezug auf das Stillen unsicher sind, kann die Entscheidung für das Stillen erleichtert werden.

Die Studie zeigt die teilweise sehr unterschiedlich ausfallenden Meinungen und Arbeitsweisen in Bezug auf Stillfragen und soll in Expertenkreisen ein Bewusstsein dafür schaffen, dass an der Arbeit mit den Frauen teilweise Verbesserungen notwendig sind. Qualitative Erhebungen sind nicht repräsentativ und können somit nicht auf breite Bevölkerungsschichten umgelegt werden, aber sie bieten Anhaltspunkte und spiegeln die Meinungen und Vorstellungen der Befragten im Detail wieder und lassen Rückschlüsse darüber zu, wie und warum die Befragten in der Weise denken und handeln wie sie es tun. Dies bringt Erkenntnisse, welche durch quantitative Erhebungen nicht aufgezeigt werden können, da dort das individuelle Eingehen auf die Personen nicht gewährleistet werden kann.

Forschungsmöglichkeiten in Zukunft

Weitere Forschung ist notwendig um herauszufinden, wie Frauen zukünftig effektiv mit den aktuellen Empfehlungen erreicht werden können und wann der beste Zeitpunkt für die Übermittlung von Informationen ist. Diesbezüglich gab es unterschiedliche Meinungen sowohl von den befragten Expertinnen und Experten als auch von Seiten der befragten Frauen. Es ist wichtig, die bereits umgesetzten und die in Zukunft umzusetzenden Maßnahmen zu evaluieren, um diese sinnvoll verbessern zu können.

Die Meinungen und Vorstellungen von Stillempfehlungen bei Betroffenen, sowohl bei Expertinnen und Experten als auch bei Stillenden und Schwangeren sind unterschiedlich in vielen Belangen. Dies betrifft unter anderem den richtigen Zeitpunkt um Stillinformationen zu erhalten und die Beratung anzusetzen, dem Einfluss soziodemographischer Rahmenbedingungen sowie die Relevanz, welche dem Stillen in der täglichen Arbeit zu Teil wird. Einheitlichkeit bezüglich der Meinungen und

Vorstellungen besteht darin, dass Stillen zu schützen und zu fördern, da es nach wie vor die beste Ersnahrung für den Säugling darstellt und für Frauen die kostengünstigste Variante ist das Neugeborene zu ernähren.

Zusammenfassung

Hintergrund: Muttermilch stellt die beste Ersnahrung für den Säugling dar und ist als ein wichtiger Aspekt in der Primärprävention vieler Krankheiten, wie eine akute Otitis media, unspezifische Magen-Darmerkrankungen, Asthma, Adipositas, Typ-1- und 2-Diabetes und Leukämie im Kindesalter zu verstehen. Daher wird von Organisationen, wie WHO, UNICEF und AAP die Empfehlung ausgesprochen sechs Monate ausschließlich zu stillen und danach unter dem Schutz des Stillens mit einer langsamen und schrittweisen Einführung von Beikost zu beginnen. Das Stillen kann bis in das zweite Lebensjahr des Kindes fortgeführt werden beziehungsweise solange Mutter und Kind es möchten.

Die hier durchgeführte Arbeit beschäftigt sich mit den Meinungen und Vorstellungen von Betroffenen in Bezug auf das Stillen und den Stillempfehlungen. Als Betroffene werden Schwangere und Stillende sowie Personen aus für die Stillförderung relevanten Berufen, wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinderärztinnen und Kinderärzte, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Diätologinnen und Diätologen sowie Laktationsberaterinnen und Laktationsberater verstanden.

Material und Methoden: Um die Ansichten der befragten Personen zu erheben wurden zehn Experteninterviews und vier Fokusgruppendifkussionen, welche sich aus drei Stillenden- und einer Schwangerengruppe zusammensetzten, durchgeführt. Diese Interviews wurden mittels Diktiergerät aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse modifiziert nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Bezüglich der allgemein ausgesprochenen Empfehlung bestand bei allen befragten Expertinnen und Experten Einheitlichkeit, da alle die aktuelle WHO - Empfehlung aussprechen. Trotzdem empfanden die befragten Frauen die von Expertinnen und Experten ausgesprochenen Empfehlungen als widersprüchlich und fühlten sich von differenten Meinungen verunsichert. Es werde aus Sicht einer Expertin beziehungsweise eines Experten derzeit keine standardisierte Stillberatung angeboten, was zu Verunsicherung bei den Frauen und in weiterer Folge zu einem schnelleren Abstillen führen kann.

Einfluss auf das Stillverhalten haben verschieden Faktoren, wie unter anderem die positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Stillens auf Mutter und Kind, die individuelle Flexibilität der Frau, der finanzielle Aspekt, zeitliche Trends und Werbung, der Kulturkreis, das soziale Milieu, das Alter der Mutter, die Meinungen des Partners und der Familie sowie schlechte Vorerfahrungen bei älteren Kindern. Geringen Einfluss auf das Stillverhalten habe hingegen das Lesen von Literatur, wie von Büchern und Zeitschriften. Einflussfaktoren nicht zu stillen, sind die Angst zu wenig Milch zu haben und dadurch das Kind nicht adäquat versorgen zu können sowie Eifersucht älterer Kinder.

Das Bedürfnis der Frauen sich in Bezug auf das Stillen vorzubereiten ist unterschiedlich, denn in der Schwangerschaft des ersten Kindes werden häufig keine Informationen eingeholt, was später bereut wird, wenn das Stillen Probleme bereitet hat. Das Einholen von Informationen wird in der Schwangerschaft des zweiten Kindes nachgeholt. Dem gegenüber fiel der Begriff „Übergebildet“, welcher meint, dass Frauen sich zu viel auf das Stillen vorbereiten, jeden Artikel lesen und die Informationen nicht ihrer Relevanz entsprechend einordnen können und sich somit selbst verunsichern.

Die befragten Expertinnen und Experten meinten keinen Ausbildungsschwerpunkt in Bezug auf das Stillen gehabt zu haben, wodurch die Arbeit mit den schwangeren und stillenden Frauen häufig auf Erfahrungswerten und selbst angelesenem Wissen basiert. Die befragten Frauen fühlten sich teilweise von den Expertinnen und Experten nicht gut betreut, wobei die Beratung durch privat organisierte Expertinnen und Experten, wie Laktationsberater - IBCLC und Hebammen dabei die Ausnahme darstellten.

Schlussfolgerung: Die Arbeit soll dazu beitragen das Stillen zu fördern, indem Maßnahmen aufgezeigt werden, welche in Zukunft dazu genutzt werden sollen zur Stillförderung beizutragen. Maßnahmen, welche in diesem Zusammenhang definiert wurden sind unter anderem die Forcierung von Stillgruppen, die Verbesserung der Ausbildungsbedingungen bei IBCLC, die Produktion eines Fernsehwerbespots mit dem Thema Stillen und die stärkere Integration des Themas in die Ausbildung stillrelevanter Berufe. Durch die Umsetzung der hier genannten Maßnahmen kann es zukünftig

gelingen ein sowohl in der Öffentlichkeit als auch in Expertenkreisen und unter schwangeren und stillenden Frauen stärkeres Bewusstsein und eine stärkere Sensibilisierung für das Stillen zu schaffen. Indem die Relevanz und die Praktikabilität des Stillens von sowohl gesundheitlicher, ökonomischer und ökologischer Seite flächendeckend und auf verschiedenen Ebenen aufgezeigt werden, kann dies dazu beitragen die künftigen Stillraten zu erhöhen.

Summary

Background: Breast milk is the best nutrition for the infant in the first months of life and is considered as an important aspect in the primary prevention of many diseases, such as acute otitis media, non - specific gastrointestinal disorders, asthma, obesity, diabetes type 1 and 2 and childhood leukaemia. Therefore, many organisations such as the WHO, UNICEF and the AAP recommend exclusive breastfeeding during the first six months of the infant's life and slow progressive implementation of a supplementary diet. Breast feeding may be continued until the age of two years, or as long as mother and child are comfortable with it.

This thesis focuses on the opinions and views of people who are concerned with issues of breastfeeding, as well as on the recommendations for breastfeeding. People concerned with the issues of breastfeeding include pregnant and lactating women, as well as gynaecologists, paediatricians, midwives, paediatric nurses and dieticians and lactation consultants.

Materials and Methods: In order to collect the opinions of the interviewed persons, ten expert interviews and four focus group discussions were conducted. The four focus groups consisted of three groups of lactating women and one group of pregnant women. These interviews were recorded using a voice recorder, then transcribed and modified by applying content analyses, using the method of Mayring.

Results: All respondents agreed with the current WHO recommendations. Nevertheless, the interviewed women considered the expert recommendations as inconsistent and felt insecure about the different opinions. From an expert point of

view at the moment there is no standardized counselling for breastfeeding, which may lead to uncertainty among women and to a faster weaning.

Various factors have an impact on breastfeeding behaviour, such as the health benefits of breastfeeding for mother and child, the individual flexibility of the woman, the financial aspects, temporal trends, and advertising, the culture, the social environment, the age of the mother, the opinions of partner and family, as well as previous negative experiences with breastfeeding. Reading literature, like books or magazines only has a small impact on the breastfeeding behaviour. Factors influencing the decision whether or not to breastfeed are the fear of having not enough milk and therefore not being able to care for the child adequately as well as jealousy of their older children.

The need of women to inform themselves about breastfeeding topics differs, as often no information is collected during the pregnancy with the first child, which is regretted as soon as breastfeeding is causing problems. The information is then collected with the second child. In contrast, the term "over educated" was mentioned, which means that women prepare too much for breastfeeding, read every article, but are not able to classify the information according to their relevance and thus unsettles themselves.

The interviewed experts stated that within their education there was no focused training on breastfeeding. Therefore the work with pregnant and lactating women is often based on experience and having knowledge or skills acquired by themselves without formal instruction. The surveyed women did not feel like they were sufficiently supported by the experts. When the counselling by organized experts, such as lactation consultants - IBCLC and midwives is exceptional.

Conclusion: The work should contribute to the promotion of breastfeeding by showing measures that can be used for this purpose in the future. The measures defined in this context include the promotion of breastfeeding groups, improving educational conditions in IBCLC, the implementation of a TV broadcast about breastfeeding and the better integration of this topic into the education of breastfeeding relevant professions. Through implementation of these measures a better consciousness and a

stronger sensitisation of the public and among experts and pregnant and lactating women may be achieved in the future. By demonstrating the relevance and practicability of breastfeeding from health, economic and environmental point of views and on many other different levels, this can contribute to increase the rate of breastfeeding in the future.

Literaturverzeichnis

1. Abrahams SW, Lobbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2009;4:11.
2. Addressi E., Galloway AT, Visalberghi E, Birch LL. Specific social influences on the acceptance of novel foods in 2-5-year-old children. *Appetite*. 2005;45(3):264-71.
3. American Academy of Pediatrics (AAP): Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 1997;100(6):1035-1039.
4. American Academy of Pediatrics (AAP): Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 2012;129(3):1098-4275.
5. Ausbildungszentrum Laktation und Stillen: Zusatzqualifikation Still- und LaktationsberaterIn IBCLC. Internet: <http://www.stillen.de/zusatzqualifikation-ibclc/#gebuehren> (Stand: 23.10.2012)
6. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-3.
7. Broadfoot M, Britten J, Tappin D, MacKenzie J. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90:F114–F116.
8. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)a: Säuglingsernährung Heute 2006. Internet: <http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0C>

C0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.richtigessenvonanfangen.at%2Fcontent%2Fdownload%2F1930%2F10924%2Ffile%2Fkurzfassung_saeuglingsernaehrung_h
eute_druckversion_08_2009.pdf&ei=lcJ2UKiTPMTh4QTLroHADg&usg=AFQjCN
GI2aXY5CUWkHnd_EKeQ9BkiSaF3w (Stand: 11.10.2012)

9. Bundesministerium für Gesundheit (BMG)b: Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI). Internet:
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/baby-friendly-hospital-initiative.html> (Stand: 31.07.2012)

10. DGAKI (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie) in Zusammenarbeit mit dem Ärzteverbund deutscher Allergologen (ADA), der Deutschen Gesellschaft für Kinder - und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie (GPA). S3-Leitlinie: Allergieprävention. Letzte Überarbeitung 03/2009
http://dgaki.de/wp-content/uploads/2010/05/Leitlinie_Allergiepr%C3%A4vention2009.pdf

11. Dietscher C, Steindl H. Wissenschaftliche Beratung und Begleitung, Evaluation und Projektmanagement für ein Maßnahmen-Roll-Out „Baby-friendly Hospital Initiative“ (BFHI): Jahresbericht 2011. Wien: LBIHPR

12. Dremsek PA, Göpfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, Sacher M. Stillberatung, Stillhäufigkeit und Stilldauer in einem Wiener Perinatalzentrum. Med. Wschr. 2003;153:264-268.

13. EFSA (European Food Safety Authority). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. EFSA Journal.2009;7(12):1423

14. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. EFSA Journal 2010;8(3):1459.

15. Ellrott T. Wie Kinder essen lernen. Ernährung. 2007;1:167–173.

16. ESPGHAN Committee on Nutrition: Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Moreno L, Puntis J, Rigo J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Complementary Feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;46(1):99-110.

17. Europäisches Institut für Stillen und Laktation. Der WHO-Kodex Internationaler Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Internet: <http://www.stillen-institut.com/de/der-who-kodex.html> (Stand: 19.10.2012)

18. Geraghty S, Riddle S, Shaikh U. The Breastfeeding Mother and the Pediatrician. J Hum Lact. 2008;24(3):335–339.

19. Griebler U, Bruckmüller MU, Kein C, Dieminger B, Meidlinger M, Seper K, Hitthaller A, Kiefer I, Wolf A, Gartlehner G. Gesundheitliche Aspekte von Tiermilchkonsum bis zum Ende des dritten Lebensjahres - Systematische Übersichtsarbeit. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems / Daten, Statistik, Risikobewertung – Zentrum Ernährung & Prävention, AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit. 2012.

20. Hitthaller A, Bruckmüller M, Kiefer I, Zwiauer KF, Widhalm K, Wolf A, Dieminger B, Meidlinger B. Österreichische Beikostempfehlungen. Richtig essen von Anfang an 2010. Internet:

<http://www.richtigessenvonanfangen.at/Publikationen/Projektbezogene-Publikationen/Oesterr.-Beikostempfehlungen> (Stand 10.10.2012)

21. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 AHRQ Publication No. 07-E007. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. April 2007.

22. Kitzinger J. Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.

23. Kramer MS, Kakuma R, WHO. Optimal duration of exclusive breastfeeding a systematic review 2002. Internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NHD_01.08.pdf (Stand: 27.11.2012)

24. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shishko G, Collet J-P, Martin R, Smith G, Gillman M, Chalmers B, Hodnett E, Shapiro S. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child height, weight, adiposity, and blood pressure at age 6.5 y: evidence from a large randomized trial. Am J Clin Nutr 2007;86:1717–21.

25. Krebs NF, Hambidge KM. Complementary feeding: clinically relevant factors affecting timing and composition. Am J Clin Nutr. 2007;85(Suppl):639S–45S.

26. La Leche Liga (LLL) a: Über La Leche Liga. Internet: http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=22 (Stand: 09.08.2012)

27. La Leche Liga (LLL) b: Die 10 Grundsätze der LLL. Internet:
http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=29&Itemid=26 (Stand: 09.08.2012)
28. La Leche Liga (LLL) c: LLL International. Internet:
http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=23 (Stand: 09.08.2012)
29. La Leche Liga (LLL) d: LLL Österreich. Internet:
http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=24 (Stand: 09.08.2012)
30. La Leche Liga (LLL) e: Unser Beratungskonzept. Internet:
http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=25 (Stand: 09.08.2012)
31. La Leche Liga (LLL) f: Die Ausbildung zur Stillberaterin. Internet:
http://www.lalecheliga.at/index.php?option=com_content&view=article&id=30&Itemid=27 (Stand: 09.08.2012)
32. Lange C, Schenk L, Bergmann R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 2007;50:624–633.
33. Maier AS, Chabanet C, Schaal B, Leathwood PD, Issanchou SN. Breastfeeding and experience with variety early in weaning increase infants' acceptance of new foods for up to two months. Clin Nutr. 2008;27(6):849-57.

34. Manz F, Manz I, Lennert Th. Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. Monatsschr Kinderheilkd 1997;145: 572-587.

35. Mayring P a. Techniken qualitativer Inhaltsanalyse In: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken (Mayring P.; Hsg.), Beltz Verlag, Weinheim, Basel; 2010.

36. Mayring P b. Was ist Inhaltsanalyse? In: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken (Mayring P.; Hsg.), Beltz Verlag, Weinheim, Basel; 2010.

37. Mayring P c. Was ist qualitative Analyse? In: Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken (Mayring P.; Hsg.), Beltz Verlag, Weinheim, Basel; 2010.

38. Mennella JA, Jagnow CP, Beauchamp GK. Prenatal and postnatal flavor learning by human infants. Pediatrics. 2001;107(6):E88.

39. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level?. Pediatrics. 2005;116:e702–e708.

40. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): Stillempfehlungen für die Säuglingszeit. Internet: http://www.gesundheitsamt.de/alle/technik/download/beratung/stillen/stillempfehlungen_fuer_die_saeuglingszeit_deutsch.pdf (Stand: 08.08.2012)

41. Österreichisches Hebammengremium. Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan. Internet: <http://www.hebammen.at/downloads/aktionsplanstillen.pdf> (Stand: 30.10.2012)

42. Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) a: Baby - friendly Hospitals (BFH) Rollout in Österreich. Internet: <http://www.ongkg.at/baby-friendly/massnahmen-rollout-in-oesterreich.html> (Stand: 18.10.2012)

43. Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) b: Sektion "Baby-friendly". Internet: <http://www.ongkg.at/baby-friendly.html> (Stand: 18.10.2012)

44. Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) c: WHO-Kodex. Internet: <http://www.ongkg.at/baby-friendly/who-kodex.html> (Stand: 19.10.2012)

45. Santos Bueno LG, Teruya KM. The practice of breastfeeding counseling. J. Pediatr. (Rio J.) vol.80 no.5 suppl. Porto Alegre Nov. 2004.

46. Schmied V, Gribble K, Sheehan A, Taylor K, Dykes F. Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. BMC Health Services Research 2011;11:208.

47. United Nations Children's Fund (UNICEF) a: The Baby-Friendly Hospital Initiative. Internet: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm> (Stand: 30.07.12)

48. United Nations Children's Fund (UNICEF) b: Maternity Protection. Internet: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/maternity.htm> (Stand: 30.07.12)

49. United Nations Children's Fund (UNICEF) c: Related maternal nutrition. Internet: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/related.htm> (Stand: 30.07.12)
50. United Nations Children's Fund (UNICEF) d: Facts and Figures. Internet: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/facts.htm> (Stand: 30.07.12)
51. Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich (VSLÖ) a: IBCLC: International anerkannte und bewährte Qualifikation. Internet: http://www.stillen.at/aktuelles/news/ausgabe_2010/IBCLCanerkannt.html (Stand: 10.08.2012)
52. Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich (VSLÖ) b: Kriterien für eine Stillambulanz. Internet: http://www.stillen.at/stillberatung/stillambulanzen/kriterien_stillambulanz.html (Stand: 10.08.2012)
53. Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich (VSLÖ) c: Stillberatung: Europa- und weltweit organisiert. Internet: http://www.stillen.at/aktuelles/news/ausgabe_2010/elacta.html (Stand: 10.08.2012)
54. Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ e. V. (BFHI) : WHO-Kodex. Internet: <http://www.babyfreundlich.org/228.html> (Stand: 19.10.2012)
55. World Health Assembly (WHA). Internationaler Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Anlage zur WHA Resolution 34.22 vom 21. Mai 1981. Internet: <http://www.stillen->

institut.com/asp_service/upload/content/kodex_1981de.pdf (Stand: 19.10.2012)

56. World Health Organisation (WHO) a: Baby-friendly Hospital Initiative. Internet: <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html> (Stand: 31.07.12)

57. World Health Organisation (WHO) b: 10 facts on breastfeeding. Internet: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html> (Stand: 08.08.2012)

58. Zwiauer K, Bichler I, Golser A, Holubowsky A, Kern AM, Kleyn M, Köglberger S, Pietschnig B, Safar P, Salzer H. Stillempfehlungen der Österreichischen Stillkommission des Obersten Sanitätsrates. Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007;25 (3),24-28.

Anhang

Interviewleitfäden: Expertinnen und Experten, Stillende und Schwangere

Interviewleitfaden Expertinnen und Experten

Stillen:

- Was empfehlen Sie Ihren Patienten bezüglich Stillen? Liegen die aktuellen Empfehlungen auf?
- Wie umfangreich ist eine Beratung? Zu welchem Zeitpunkt findet diese statt?
- Wie kann Ihrer Meinung nach Ihre Berufsgruppe die Frauen in ihrem Verhalten beeinflussen?
- Was sehen sie als Ihre Aufgaben in Punkto Stillen?
- Ist Stillen Thema im Zuge einer Untersuchung?
- Erwarten sich Frauen Infos in punkto Stillen?
- Was sind die Hauptgründe für Nicht-Stillen im jeweiligen Krankenhaus?
- Was haben Sie für eine Stillquote? Wieviele Kinder gehen gestillt nach Hause?

Einfluss auf Frauen:

- Hat Ihre Beratung Einfluss auf das Stillverhalten? Inwiefern?
- Wird das von Ihnen empfohlene Verhalten von den Frauen umgesetzt?
- An wem orientieren sich Frauen ihrer Meinung nach am ehesten?

Informationsstand:

- Welche Mütter kennen sich am ehesten mit den Empfehlungen aus?
- Wie ist der Informationsstand bei werdenden Müttern?
- Wie könnte zukünftig eine bessere Wissensübermittlung erfolgen, sodass Empfehlungen besser umgesetzt werden können?

Maßnahmen:

- Welche Maßnahmen/ Methoden könnten hier angewendet werden, um eine effizientere Wissensübermittlung zu gewährleisten?
- Liegen die aktuellen Empfehlungen auf?
- Was bzw. welche Informationen bekommen die Mütter nach Hause?

- Was halten Sie von der Baby-Friendly-Hospital-Initiative?
- Wieviele Kollegen haben im Schnitt die IBCLC-Ausbildung?

Lehrmeinungen

- Gab es wechselnde Lehrmeinungen zum Thema Stillen (Stilldauer etc) im Laufe Ihrer Ausbildung/Berufstätigkeit?
- Welche Empfehlungen/Lehrmeinungen haben sich im Laufe Ihrer Ausbildung/Berufstätigkeit verändert?
- Wie haben sich die Empfehlungen im Laufe der Zeit entwickelt?

Empfänglichkeit für Expertenmeinungen:

- Wie empfänglich sind Frauen für Expertenmeinungen?
- Inwiefern beeinflusst die Emanzipation das Stillverhalten?
- Was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?
- Nach konkreten Bsp fragen! Wo das Stillen besonders gut funktioniert hat oder besonders schlecht?
- Bei Frauenarzt: nach Sektio fragen, wie es mit Bonding aussieht!
- Bei Kinderarzt: Fühlen Sie sich beeinflusst von der BFHI und/ oder Industrie?

Interviewleitfaden: Stillende

Stillen, allgemein

- Stillen Sie ihr Kind?
- Weshalb Stillen Sie? Oder nicht?
- Wie lange stillen Sie ausschließlich? Wie lange haben Sie vor zu stillen? Warum? Wann wollen Sie mit der Einführung der Beikost beginnen?

Information und Vorstellungen vor der Geburt

- Haben Sie sich vor der Geburt mit dem Stillen auseinander gesetzt? Wie? Welche Quellen?
- Hatten Sie während der Schwangerschaft das Stillen geplant?
- Haben Sie Vorerfahrungen in punkto Stillen?
- Hatten Sie eine klare Vorstellung wie Sie das Stillen Hand haben wollen? Welche?

Beeinflussung rund ums Stillen

- Was hat Sie in der Entscheidung zu Stillen beeinflusst?
- Welche Meinungen haben Sie geprägt? (Familienangehörige, Experten, Freunde?)
- Wann bildeten Sie sich Ihre Meinung zum Stillen? (vor der Schwangerschaft, erst in der Stillzeit?)
- Wurden Sie geprägt von den Meinungen oder Erfahrungen anderer?
- Was hat Ihrer Meinung nach Ihr Verhalten am meisten beeinflusst?
- Haben Sie Expertenberatungen in Ihrem Stillverhalten beeinflusst?
- Gab es öffentliche Informationen zum Thema Stillen? (wie waren diese zugänglich?)
- Wurden Sie konkret auf positive Effekte des Stillens hingewiesen? Wo/ Wodurch wurden Sie darauf hingewiesen?
- Hat sich Ihre Meinung bzgl. Stillen zwischen Schwangerschaft und Stillzeit verändert? Inwiefern?
- Hat sich Ihre Meinung bzgl. Stillen im Laufe Ihrer Stillperiode verändert? (z.B. Haben Sie länger oder kürzer gestillt?) Was waren Ihre Gründe?
- Haben Sie mehr als ein Kind? Hat sich Ihr Stillverhalten beim 2. Bzw. 3. Kind verändert?
- Fühlen Sie sich von Ihrem Partner unterstützt?
- Haben Sie im Krankenhaus entbunden? Hebamme?

Beratung

- Fühlten Sie sich während der Stillperiode und in der Schwangerschaft gut beraten?
- Hatten Sie Stillberatungen? (vor der Geburt oder danach?)
- Wie bewerten Sie die Betreuung in der Klinik? Warum die Informationen zum Thema Stillen ausreichend?
- Haben Ihnen die Stillberatungen geholfen? Wie?
- Von wem wurden Sie beraten? (Berufsgruppe)
- Sind oder waren Sie von den Beratungen verunsichert?
- Waren diese unterschiedlich in ihren Aussagen?
- Was hat Sie verunsichert oder verwirrt? (Empfehlungen?)
- Wurden unterschiedliche Meinungen an Sie vermittelt?
- Wie haben Sie die Beratung umgesetzt? (haben Sie sie umgesetzt?)
- Wissen Sie über aktuelle Empfehlungen bzgl. Stillen und Einführung der Beikost Bescheid?

Zukunft/ Wünsche

- Was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?
- Konkreter: Welche Maßnahmen würden Sie sich wünschen um besser und leichter an zuverlässige Informationen zu gelangen?
- Was hätte Ihnen geholfen (sich besser zu orientieren?)?

Interviewleitfaden: Schwangere

Information und Vorstellungen vor der Geburt

- Haben Sie sich schon mit dem Stillen auseinander gesetzt? Wie? Welche Quellen?
- Finden Sie gibt es genügend Informationen zum Stillen? Wie sind diese Ihrer Meinung nach aufbereitet?
- Werden Sie auf positive Effekte des Stillens hingewiesen? Wodurch?
- Planen Sie zu stillen? Warum?
- Wie lange wollen Sie (ausschließlich) stillen? Wie lange haben Sie vor (ausschließlich) zu stillen? Warum? (Wann wollen Sie mit der Einführung der Beikost beginnen?)
- Haben Sie Vorerfahrungen in punkto Stillen?
- Haben Sie eine klare Vorstellung wie Sie das Stillen Hand haben wollen? Welche?
- Wie haben Sie sich bzgl. Stillen entschieden? Warum?
- Haben Sie schon ein Kind? Haben Sie dieses gestillt?
- Fühlen Sie sich von Ihrem Partner unterstützt?

Beeinflussung rund ums Stillen

- Was hat Sie in der Entscheidung Stillen zu wollen (oder nicht) beeinflusst?
- Welche Meinungen haben Sie geprägt? (Familienangehörige, Experten, Freunde?)
Werden Sie angesprochen, ob Sie stillen wollen?
- Fühlen Sie sich zum Stillen unter Druck gesetzt?
- Welche Vorteile versprechen Sie sich vom Stillen?

Beratung

- Nehmen Sie derzeit Beratung in Anspruch?
 - Haben Sie diese verunsichert?
 - Waren die Beratungen unterschiedlich in ihren Aussagen?

- Was hat Sie verunsichert oder verwirrt? (Empfehlungen?)
- Wurden unterschiedliche Meinungen an Sie vermittelt?
- Wurden Sie bereits von Experten (Gynäkologe, Hebamme sonstiges zum Stillen aufgeklärt)
- Fühlen Sie sich von den Expertenberatungen in Ihrem Stillverhalten beeinflusst/ gut beraten/ aufgeklärt?
- Fühlen Sie sich verunsichert was Sie in punkto Stillen tun sollen?
- Haben Sie vor Beratung noch in der Schwangerschaft in Anspruch zu nehmen? Wenn ja von wem? Und in der Stillzeit?
- Haben Sie schon einmal eine Stillgruppe besucht? War es interessant?
- Wurden Sie konkret auf positive Effekte des Stillens hingewiesen? Wo/ Wodurch wurden Sie darauf hingewiesen?
- Werden Sie im Krankenhaus entbinden? Oder Hebamme oder ambulant?
- Wissen Sie über aktuelle Empfehlungen bzgl. Stillen und Einführung der Beikost Bescheid?

Zukunft/ Wünsche

- Was würden Sie sich für die Zukunft wünschen?
- Konkreter: Welche Maßnahmen würden Sie sich wünschen um besser und leichter an zuverlässige Informationen zu gelangen?
- Was hätte Ihnen geholfen (sich besser zu orientieren?)?
- Was würde Ihnen helfen sich? Sich besser in dem Empfehlungsdschungel zurecht zu finden?

Ethikbescheid

ETHIK-KOMMISSION
DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT WIEN
 Borschkegasse 8b/6 - A-1090 Wien, Austria
 ☎ 0043 1 404 00 – 2147, 2244 & ☎ 0043 1 404 00 – 1690
 E-Mail: ethik-kom@meduniwien.ac.at
ethikkommission.meduniwien.ac.at

Sitzung der Ethik-Kommission am 08. November 2011, TOP 109 :

EK Nr: 1002/2011

Antragsteller: Priv.Doiz.Dr. Thomas E. Dorner, bakk. Helga Quirgst, bakk. Silvia Steurer

Einreichende Institution: Inst.f. Sozialmedizin

Projekttitel: Einflüsse auf das Stillverhalten - qualitative Studie

Die Stellungnahme der Ethik-Kommission erfolgt aufgrund folgender eingereichter Unterlagen:

Dokument	Version/Nr	Datiert
Originalprotokoll:	1.1	2011-09-27
Patienteninfo./Einverständniserklg.:	1.1	2011-10-04
Verpflichtungserklärung:		undatiert
Qualifikation: CV		undatiert

Die Kommission fasst folgenden Beschluss (mit X markiert):

- ☒ Es besteht kein Einwand gegen die Durchführung der Studie.
- ☐ Die unten bezeichneten Punkte des Antrages sind entweder noch unerledigt bzw sollten von den Antragstellern geändert/ nachgereicht werden. Nach entsprechender Vorlage/Erledigung kann auch vor der nächsten Ethik-Kommissions Sitzung ein endgültig positiver Beschluss ausgefertigt werden. Der Antrag wird in der nächsten Sitzung der Kommission nicht mehr behandelt.
Achtung: Werden die geforderten Unterlagen von den Antragstellern nicht innerhalb von 3 Sitzungsperioden (ab Datum dieser Sitzung) nachgereicht, gilt der Antrag ohne weitere Benachrichtigung als zurückgezogen und muss gegebenenfalls als Neuantrag eingereicht werden.
- ☐ Es bestehen Einwände gegen die Durchführung der Studie in der eingereichten Form. Die unten angeführten Punkte sollten von den Antragstellern entsprechend geändert und der Kommission neu vorgelegt werden. Der Antrag wird in der nächsten Sitzung der Kommission nochmals behandelt.
Achtung: Werden die geforderten Unterlagen von den Antragstellern nicht innerhalb von 3 Sitzungsperioden (ab Datum dieser Sitzung) nachgereicht, gilt der Antrag ohne weitere Benachrichtigung als zurückgezogen und muß gegebenenfalls als Neuantrag eingereicht werden.
- ☐ Der Antrag wird von der Ethik-Kommission abgelehnt.
- ☐ Der TOP wird bis zur nächsten Sitzung vertagt (Begründung siehe unten)

Kommentare:

Zum Prüfplan :

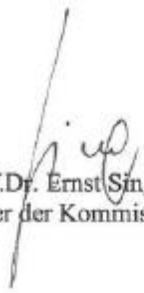
Zur Patienteninformation :

Zur Versicherungsbestätigung : **nicht erforderlich**

Andere :

Die Ethik-Kommission geht - rechtlich unverbindlich – davon aus, daß es sich um keine klinische Prüfung gemäß AMG/MPG handelt.

Mitgliederliste der Ethik-Kommission (aktueller Stand am Sitzungstag) beiliegend. Mitglieder der Ethik-Kommission, die für diesen Tagesordnungspunkt als befangen anzusehen waren und daher laut Geschäftsordnung an der Entscheidungsfindung/Abstimmung nicht teilgenommen haben: **keine**



Univ.-Prof. Dr. Ernst Singer
Vorsitzender der Kommission

ACHTUNG: Unter Berücksichtigung der „ICH-Guideline for Good Clinical Practice“ gilt dieser Beschluß **ein Jahr ab Datum der Ausstellung**. Gegebenenfalls hat der Antragsteller eine Verlängerung der Gültigkeit mittels Formular für „Meldungen“ rechtzeitig vorzulegen.

Patienteninformation (Experten, Fokusgruppen)

Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Einflüsse auf das Stillverhalten - Eine qualitative Erhebung

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren!

Wir laden Sie ein an der oben genannten Studie teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch.

Ihre Teilnahme an dieser Prüfung erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.

Studien sind notwendig, um verlässliche neue Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer Studie ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser Studie schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

wenn Sie Art und Ablauf der Studie vollständig verstanden haben,

wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und

wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser Studie im Klaren sind.

Zu dieser Studie, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck der Studie?

Der Zweck dieser Studie ist, die Einflüsse auf das Stillverhalten von Frauen aufzuzeigen. Es soll evaluiert werden, wie die aktuellen Empfehlungen von Experten vertreten werden und wie diese von Schwangeren/Stillenden angenommen werden. Des Weiteren soll erhoben werden, ob verschiedene Experten unterschiedliche Meinungen vertreten. Ein wichtiges Ziel ist es zu erheben in welchem Ausmaß die Zielgruppe (stillende oder schwangere Frauen)

durch die wissenschaftlichen Empfehlungen der Experten erreicht werden und ob diese Einfluss auf ihr Verhalten haben. Weiters soll erarbeitet werden wie eine bessere Wissensübermittlung erfolgen könnte. Die Entscheidungsgründe für oder gegen ein Stillen werden erhoben. Es soll erarbeitet werden, welche Einflüsse sich positiv oder negativ auf das Stillen und die Stlldauer auswirken.

2. Wie läuft die Studie ab?

Bei diese Studie werden insgesamt etwa 50 Personen mitmachen. Die Studie besteht aus Inneninterviews mit Hebammen, Geburtshelfern, Diätologen und Kinderkrankenschwestern. Weiters werden zwei Gruppendiskussionen mit schwangeren und stillenden Frauen durchgeführt. Sie erklären sich mit diesem Schreiben bereit, an solch einer Gruppendiskussion teilzunehmen oder als Expertin oder Experte für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Bei der Diskussion oder beim Interview werden Sie gebeten über verschiedene Aspekte des Stillens zu diskutieren und ihre Erfahrungen und Meinungen zu äußern. Diese Aspekte beinhalten Gründe für oder gegen Stillen, Kenntnis über aktuelle Empfehlungen und Vorerfahrungen mit Stillen. Diese Diskussion oder das Interview wird auf Tonträger aufgezeichnet, die Aufzeichnungen auf Papier gebracht und eine Auswertung des Textes durchgeführt. Die Aufzeichnungen auf Tonträger werden anschließend sofort gelöscht und ihre Anonymität wird über den gesamten Studienverlauf und darüber hinaus gewährleistet.

3. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dieser Studie?

Durch die aktive Auseinandersetzung mit diesem Thema kann zusätzliches Wissen über das Stillverhalten und Einflüsse auf das Stillverhalten erlangt werden. Sie als TeilnehmerIn haben die Möglichkeit ihre Erfahrungen, Einstellungen und Meinungen mitzuteilen oder mit anderen Müttern bzw. werdenden Müttern auszutauschen und dadurch einen wesentlichen Beitrag an der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema beizutragen. Die Teilnahme an dieser Studie kann behilflich sein die Bedingungen für Mütter und werdende Mütter zu verbessern und so die Gesundheit von Mutter und Kind indirekt oder direkt zu beeinflussen. Über Erkenntnisse die im Laufe der Studie gewonnen werden, werden Sie, wenn Sie das möchten, selbstverständlich gerne informiert.

4. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Maßnahmen können zu keinen Beschwerden, Risiken oder Begleiterscheinungen führen. Bei einer Teilnahme an dieser Studie ist

allerdings mit einem einmaligen Zeitaufwand von max. einer halben Stunde für Interviews oder von 1-2 Stunden für die Gruppendiskussionen zu rechnen.

5. Wann wird die Studie vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, die Teilnahmebereitschaft widerrufen und aus der Studie ausscheiden ohne dass dadurch Nachteile für Sie und Ihr Kind entstehen.

6. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser Studie gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfer und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden. Diese Personen unterliegen der Schweigepflicht. Die Weitergabe der Daten erfolgt ausschließlich zu analytischen Zwecken und Sie werden ausnahmslos darin nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser Studie werden Sie nicht namentlich genannt.

7. Entstehen für die Teilnehmer Kosten?

Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie entstehen für Sie keinerlei Kosten.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser Studie steht Ihnen das Projektteam dieser Studie gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patientin und Teilnehmer an dieser klinischen Studie betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet.

Name der Kontaktperson: Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas E. Dorner, MPH

Ständig erreichbar unter: 01 40160-34884
thomas.dorner@meduniwien.ac.at

Name der Kontaktperson: Silvia Steurer

Ständig erreichbar unter: 0664/6518153 silvia.steurer@gmx.at

Name der Kontaktperson: Helga Quirgst

Ständig erreichbar unter: 0650/2270586

helga.quirgst@gmx.at

9. Einwilligungserklärung

Name des Teilnehmers der Gruppendiskussion in
Druckbuchstaben:.....

Geb.Datum:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Einflüsse auf das Stillverhalten. Ein qualitativer Forschungsansatz“ teilzunehmen.

Ich bin von Helga Quirgst/Silvia Steurer ausführlich und verständlich über mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie, sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt 3 Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zur Zeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den Anordnungen, die für die Durchführung der Studie erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir oder meinem Kind daraus Nachteile entstehen.

Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörden und der Ethikkommission Einblick in meine personenbezogenen Daten nehmen. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienleiter.

.....

(Datum und Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin)

.....

(Datum, Name und Unterschrift eines Mitglieds des Studienteams)

Informationsbriefe

Anschreiben an die Primarien

Sehr geehrte/r Herr /Frau Primarius /Primaria

Wir, Helga Quirgst und Silvia Steurer, sind Masterstudierende im Fachbereich Ernährungswissenschaften und werden zum Thema „Einflüsse auf das Stillverhalten“ zwei Abschlussarbeiten verfassen (Betreuer: Prof. Thomas Dorner, Institut für Sozialmedizin). Im Detail soll erhoben werden welche Meinungen und Vorstellungen es zum Thema Stillen bei Betroffenen (ExpertInnen, Schwangere, Mütter von Säuglingen) gibt, in wie fern das Handeln der Frauen von den Empfehlungen der Experten abweicht und wovon eine Entscheidung für oder gegen Stillen bei Betroffenen abhängt.

Im empirischen Teil wollen wir mit Hilfe von Interviews und Fokusgruppendifkussionen erörtern, wie die Einstellung zum Stillen ist, welche Empfehlungen an Patientinnen ausgesprochen werden, wie sich die Betreuung von Schwangeren und Stillenden gestaltet und ob die Empfehlungen umgesetzt werden. Weiters möchten wir die Gründe für oder gegen Stillen erheben. Dazu würden wir Expertinnen und Experten aus verschiedenen Berufsgruppen befragen wollen. Zu diesen Berufsgruppen gehören:

Ärztinnen und Ärzte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Hebammen

Diätologinnen

Kinderkrankenschwestern

Wir ersuchen Sie daher, uns Expertinnen und Experten der o.g. Berufsgruppen an Ihrer Abteilung zu nennen, mit denen wir ein Experteninterview durchführen können bzw. möchten Sie fragen, ob Sie vielleicht selbst für ein Interview zur Verfügung stünden.

Der Antrag für die qualitative Erhebung wurde bereits bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Wien eingereicht und ein positives Votum liegt vor. Das Experteninterview wird in etwa eine halbe Stunde dauern. Wir haben dazu einen Leitfaden an Fragen erstellt, welche das Interview in eine für uns arbeitsrelevante Richtung lenken soll. Mit Hilfe des Interviews wollen wir Meinungen und Erfahrungen rund um das Thema Stillen erörtern. Das Interview wird mittels Diktiergerät aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Ausschnitte, welche wir zur Beantwortung unserer Forschungsfragen benötigen, werden in der Abschlussarbeit verwendet.

Wenn Ihre Erlaubnis für ein Interview vorliegt, würden wir mit den von Ihnen genannten Personen in Kontakt treten und in weiterer Folge einen Termin für das Gespräch vereinbaren.

Falls weitere organisatorische Maßnahmen anfallen, würden wir Sie bitten uns diese mitzuteilen, damit wir uns um diese kümmern können.

Weitere Details zur Durchführung unserer Arbeit entnehmen Sie dem beigegefügttem Exposé.

Wir danken im Vorfeld für Ihre Mitarbeit und verbleiben

Hochachtungsvoll

Brief an Stillgruppenleiterinnen

Sehr geehrte

Wir, Helga Quirgst und Silvia Steurer, sind Masterstudierende im Fachbereich Ernährungswissenschaften und werden zum Thema „Einflüsse auf das Stillverhalten“ zwei Abschlussarbeiten verfassen. Im Detail soll erhoben werden welche Meinungen und Vorstellungen es zum Thema Stillen bei Betroffenen (ExpertInnen, Schwangere, Mütter von Säuglingen) gibt, in wie fern das Handeln der Frauen von den Empfehlungen der Experten abweicht und wovon eine Entscheidung für oder gegen Stillen bei Betroffenen abhängt.

Der praktische Teil dieser Arbeiten setzt sich aus vier Fokusgruppendifkussionen und acht Experteninterviews zusammen. Für die Durchführung der Fokusgruppendifkussion benötigen wir einerseits 8-12 schwangere Frauen und andererseits 8-12 stillende Frauen. Wir würden uns diese Diskussion, welches viel mehr als Gespräch verstanden werden kann, in dem die teilnehmenden Frauen ihre Meinungen, Erfahrungen und Vorstellungen austauschen können, in folgender Weise vorstellen:

- Es sollen jeweils zwei Gruppen mit schwangeren und zwei Gruppen mit stillenden Frauen im Ausmaß von 8-12 Teilnehmern zu Stande kommen
- Die Teilnehmer diskutieren untereinander über ihre Erfahrungen, Meinungen, Vorstellungen bezüglich Stillen. Dabei werden wir Impulsfragen in den Raum stellen.
- Das Gespräch wird mittels Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Ausschnitte, welche wir zur Beantwortung unserer Forschungsfragen benötigen, werden in der Abschlussarbeit verwendet, wobei selbstverständlich **vollständige Anonymität** gewährleistet wird.
- Wir wollen mit Hilfe des Interviews erörtern, wie die Einstellung zum Stillen ist, welche Empfehlungen an die Teilnehmer ausgesprochen wurden und wie bzw. ob die Empfehlungen umgesetzt wurden. Weiters möchten wir die Gründe für oder gegen ein Stillen erheben.
- Die Diskussionen werden in etwa eine Stunde dauern.

Wir möchten Sie bitten, im Zuge Ihrer Veranstaltungen auf unsere Arbeit aufmerksam zu machen bzw. Frauen für eine Teilnahme an unserer Diskussion zu motivieren. Es gibt auch die Möglichkeit, dass wir uns selbst bei einer Ihrer Veranstaltungen vorstellen um das Projekt kurz zu erklären. Es wäre toll, wenn wir die Diskussion vor, während oder nach einem Kurs abhalten könnten. So müsste keine Teilnehmerin

extra kommen, sondern nur max. eine Stunde länger bleiben. Wir sind uns dem zusätzlichen Aufwand bewusst und bedanken uns schon im Vorfeld für eine eventuelle Kooperation.

Weitere Details zur Durchführung unserer Arbeit entnehmen Sie dem beigefügtem Exposé.

Mit freundlichen Grüßen

Mitgliederinformation: Freiraum

Dringend schwangere oder stillende Frauen für Interview gesucht!!

Helga Quirgst und Silvia Steurer, zwei Studentinnen der Ernährungswissenschaften, suchen für die Abhandlung ihrer Diplomarbeit (Betreuer: Ass.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Thomas Dorner, Medizinische Universität, Wien) schwangere oder stillende Frauen, die an einer Diskussion zum Thema „Einflüsse auf das Stillverhalten“ teilnehmen.

Im Detail soll erhoben werden, welche Meinungen und Vorstellungen es zum Thema Stillen bei Betroffenen gibt und wovon eine Entscheidung für oder gegen Stillen abhängt.

Die wichtigsten Fakten zum Ablauf:

8-12 Teilnehmerinnen diskutieren, dazu werden Impulsfragen in den Raum gestellt.

Das Gespräch wird mittels Diktiergerät aufgezeichnet. Ausschnitte, welche zur Beantwortung unserer Forschungsfragen relevant sind, werden in der Abschlussarbeit verwendet. Dabei wird selbstverständlich völlige Anonymität gewährleistet.

Dauer der Diskussionen: in etwa eine Stunde

Termine:

direkt im Freiraum

Anmeldung bitte per E-Mail oder telefonisch:

Silvia Steurer: 0664/6518153, silvia.steurer@gmx.at

Helga Quirgst: 0650/2270586, helga.quirgst@gmx.at

Helga und Silvia stehen im Rahmen der Diskussion anschließend auch gerne für Ernährungsfragen rund um das Thema Schwangerschaft und Stillzeit zur Verfügung!

Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag zur Verfassung dieser Diplomarbeit!

Helga und Silvia bedanken sich daher im Vorfeld für Ihre Hilfe und Ihr Engagement und freuen sich auf viele spannende Interviews mit vielen neuen Erkenntnissen und unterschiedlichsten Meinungen!!!

CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name	Helga Quirgst
Titel	Bakk.rer.nat.
Geburtsdatum	27.05.1986, in Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	ledig

Ausbildung

2010 - 2012	Masterstudium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien, Vertiefung: Public Health Nutrition
2005 - 2010	Bakkalaureatsstudium der Ernährungswissenschaften, Universität Wien
2000 - 2005	Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik der Stadt Wien, Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
1996 - 2000	Konrad Lorenz Realgymnasium Gänserndorf
1992 - 1996	Volksschule Deutsch - Wagram

Berufliche Tätigkeiten

Seit 03/2012	Arbeitsgemeinschaft moderne Ernährung (AGME) Wiener Netzwerk Kindergartenverpflegung - Projekt: WiNKi Position: Workshopleiterin
10/2010 - 03/2011	Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) Spargelfeldstraße 191, 1220 Wien Position: Projektassistentin bei der Ernährungsakademie
02/2011	Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) Spargelfeldstraße 191, 1220 Wien Position: Praktikantin
08/2010	Bodywrap Vienna

	Apollogasse 7/12, 1070 Wien
	Position: Ernährungsberatung und wissenschaftliche Recherche
07 - 08/2011	Österreichische Kinderfreunde - Landesorganisation Wien
07/2009	Engerthstraße 148/1, 1020 Wien
07 - 08/2008	Erdbergstraße 139 "Town-Town" (BKDG MA 10), 1030 Wien
07/2007	Eichenstraße 58-64/1, 1120 Wien
	Position: Pädagogin/ Urlaubsvertretung
11/2008	Lebensmitteluntersuchungsanstalt der Stadt Wien (MA 38)
	Henneberggasse 3, 1030 Wien
	Position: Praktikantin im Bereich Bakteriologie und Organoleptik
11/2006 - 08/2008	Österreichische Kinderfreunde - Landesorganisation Wien
	Eichenstraße 58-64/1, 1120 Wien
	Position: Hortpädagogin
09/2005 - 04/2006	Andritz AG
	Eibesbrunnengasse 20, 1120 Wien
	Position: Teamassistenz

Vortragstätigkeit und Kongresse

09/2012	25. Jahrestagung der österreichischen Gesellschaft für Public Health Nutrition
	Thema: Welche Meinungen und Vorstellungen von Stillempfehlungen gibt es bei Betroffenen? Ein qualitativer Ansatz
2010 - 2011	Teilnahme an diversen Tagungen und Kongressen zu Ernährung, Public Health und Gesundheit

Interessen

Sport, insbesondere Ballett, Hundesport und Laufen sowie Lesen, Reisen, Kochen und Backen, Tiere und Tierschutz