Ein Konzept für integrierte Stillförderung
auf der Grundlage von Ergebnissen einer Stillstudie
im „Babyfreundlichen Krankenhaus“

Diplomarbeit

Vorgelegt von:
Ulrike Lüttmann

Eingereicht bei: Prof. C. Deneke
Zweitprüferin: Prof. Dr. A. C. Seibt

Tag der Abgabe: 03.09.2007
DANKE

Prof. Christiane Denek
Prof. Dr. Annette C. Seibt

Kirsten Andersen
Ann-Carolin Westphal

Elise
Esther
Frank
Zusammenfassung

**Aufgabenstellung und Ziel:** Entwicklung eines Konzeptes zur integrierten Stillförderung auf der Grundlage der Ergebnisse einer Querschnittserhebung in einem „Stillfreundlichen Krankenhaus“ in Hamburg.

**Hintergrund:** Nach heutigem Kenntnisstand ist das Stillen mit zahlreichen gesundheitlichen Vorteilen für Mutter und Kind verbunden und hat weitreichende gesundheitsfördernde Aspekte. Stillförderung ist daher von großer Public Health Relevanz.


Die Asklepios Klinik Nord-Heidberg in Hamburg war im Jahr 2002 erstmalig als „Stillfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet worden, und für die Rezertifizierung ihrer Geburtsklinik in 2005 wurde die Studie QuaSti (Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus) als Qualitätsevaluationsstudie herangezogen.


**Vorgehensweise:** Die Studie QuaSti und deren Ergebnisse werden vorgestellt und anhand der Versorgungsdefizite wird ein Konzept entwickelt, welches die Stillförderung in ein integriertes Versorgungsmodell einbindet.

**Ergebnis:** Das Konzept des „Stillfreundlichen Krankenhauses“ liefert gute Ergebnisse im Rahmen der Stillförderung, die aber in einigen Bereichen noch verbesserungsfähig sind. Interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen könnten die aufgezeigten Versorgungslücken schließen.
Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ........................................................................................................... III
Inhaltsverzeichnis .......................................................................................................... IV
Abkürzungsverzeichnis ................................................................................................ VI
Abbildungsverzeichnis ................................................................................................ VII
Tabellenverzeichnis ....................................................................................................... VIII

1 Einleitung ................................................................................................................... 9
   1.1 Ausgangssituation .............................................................................................. 9
   1.2 Ziel der Arbeit .................................................................................................. 10
   1.3 Aufbau und Struktur der Arbeit ................................................................... 10

2 Integrierte Versorgung in Deutschland ................................................................ 12
   2.1 Ausgangssituation und Integrationsbedarf ...................................................... 12
   2.2 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung in Deutschland ............ 14
   2.3 Managed Care .................................................................................................. 15
   2.4 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenvereinbarungen .................................... 16
   2.5 Anzahl der Verträge zur Integrierten Versorgung und der Medizinischen
      Versorgungszentren ..................................................................................... 19

3 Hintergründe zum Stillen und der Stillförderung ................................................ 21
   3.1 Public Health Relevanz des Stillens ............................................................... 21
   3.2 Stillen in Deutschland – Datenlage ................................................................. 21
   3.3 Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI) ......................................................... 22

4 Die Studie QuaSti .................................................................................................. 25
   4.1 Ausgangslage und Ziel der Studie .................................................................. 25
   4.2 Das Projektteam .............................................................................................. 25
   4.3 Methodik ......................................................................................................... 26
   4.4 Zeitlicher Ablauf der Studie ......................................................................... 28
   4.5 Ergebnisse ...................................................................................................... 29
      4.5.1 Basisdaten .................................................................................................. 29
      4.5.2 Sozialdemografie ...................................................................................... 29
      4.5.3 Geburt ....................................................................................................... 34
      4.5.4 Stillen ......................................................................................................... 36
      4.5.5 Informationen und Angebote vor und während des Klinikaufenthaltes .... 39
4.5.6 Qualität der Betreuung in der Klinik ................................................................. 41
4.5.7 Informationen und Angebote nach dem Klinikaufenthalt .............................. 44
4.5.8 Stillwissen ........................................................................................................ 46
4.5.9 Stillkomplikationen ......................................................................................... 48
4.5.10 Gesundheitszustand ...................................................................................... 51
4.5.11 Einflussfaktoren auf die Stilldauer und die Stillhäufigkeit .............................. 53
4.6 Ergebnisbewertung ............................................................................................ 56

5 Integrierte Stillförderung ....................................................................................... 58
5.1 Versorgungsdefizite und Handlungsempfehlungen ........................................... 58
5.2 Konzept für integrierte Stillförderung ............................................................... 62

6 Zusammenfassung und Fazit .............................................................................. 66

7 Literatur .................................................................................................................. 68

8 Eidesstattliche Erklärung ....................................................................................... 72

9 Anhang .................................................................................................................... 73
## Abkürzungsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Deutscher/Englischer Begriff</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abb.</td>
<td>Abbildung</td>
</tr>
<tr>
<td>BFHI</td>
<td>Babyfriendly Hospital Initiative</td>
</tr>
<tr>
<td>BfR</td>
<td>Bundesamt für Risikobewertung</td>
</tr>
<tr>
<td>BIP</td>
<td>Bruttoinlandsprodukt</td>
</tr>
<tr>
<td>BMG</td>
<td>Bundesministerium für Gesundheit</td>
</tr>
<tr>
<td>BQS</td>
<td>Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>DGIV</td>
<td>Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen</td>
</tr>
<tr>
<td>DMP</td>
<td>Disease-Management-Programm</td>
</tr>
<tr>
<td>et al.</td>
<td>et alii: und andere</td>
</tr>
<tr>
<td>ebd.</td>
<td>ebendort</td>
</tr>
<tr>
<td>etc.</td>
<td>et cetera</td>
</tr>
<tr>
<td>f.</td>
<td>folgende</td>
</tr>
<tr>
<td>ff.</td>
<td>fortfolgende</td>
</tr>
<tr>
<td>FKE</td>
<td>Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund</td>
</tr>
<tr>
<td>ggf.</td>
<td>gegebenenfalls</td>
</tr>
<tr>
<td>HAW</td>
<td>Hochschule für Angewandte Wissenschaften</td>
</tr>
<tr>
<td>Hg. (Pl. Hgg.)</td>
<td>Herausgeber</td>
</tr>
<tr>
<td>InGe</td>
<td>Institut für Gesundheitswissenschaften</td>
</tr>
<tr>
<td>IV</td>
<td>Integrierte Versorgung</td>
</tr>
<tr>
<td>KBV</td>
<td>Kassenärztliche Bundesvereinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>KV</td>
<td>Kassenärztliche Vereinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>OECD</td>
<td>Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung</td>
</tr>
<tr>
<td>QuaSti</td>
<td>Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus</td>
</tr>
<tr>
<td>SGB</td>
<td>Sozialgesetzbuch</td>
</tr>
<tr>
<td>Tab.</td>
<td>Tabelle</td>
</tr>
<tr>
<td>UNICEF</td>
<td>United Nations Children’s Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)</td>
</tr>
<tr>
<td>vgl.</td>
<td>vergleiche</td>
</tr>
<tr>
<td>WHO</td>
<td>World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 1995 in Milliarden Euro.............13
Abbildung 2: Anzahl der bei der BQS gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung seit 2005.................................................................19
Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Studie.............................................................................28
Abbildung 5: Alter der Mütter .................................................................................................30
Abbildung 6: Geburtsgewicht der Kinder .............................................................................31
Abbildung 7: Vergleich der Familienform mit den Daten aus dem Mikrozensus 2005 .....31
Abbildung 8: Verteilung des Einkommens .............................................................................33
Abbildung 9: Anzahl der Kriterien sozialer Benachteiligung ........................................34
Abbildung 10: Stillstatus zum Zeitpunkt des Interviews ..................................................36
Abbildung 11: Stillquote .......................................................................................................37
Abbildung 12: Stilldauer der abgestillten Kinder zum Zeitpunkt des Interviews ..........38
Abbildung 13: Informationen zum Stillen vor der Geburt .....................................................39
Abbildung 14: Informationen während des Klinikaufenthaltes .......................................40
Abbildung 15: Unterstützung beim Anlegen ........................................................................41
Abbildung 16: Angebote der Klinik nach Entlassung ......................................................45
Abbildung 17: Angebote nach Klinikentlassung ..................................................................46
Abbildung 18: Art der Stillkomplikationen und Häufigkeit des Auftretens ....................49
Abbildung 19: Verteilung des BMI .........................................................................................52
Abbildung 20: Sozialer Status und Stillstatus .....................................................................53
Abbildung 21: Rauchen und Stillen ......................................................................................53
Abbildung 22: Schnuller und Stillen ....................................................................................54
Abbildung 23: Stillkomplikationen und Stillen .................................................................54
Abbildung 24: Sectio und Stillen ..........................................................................................55
Abbildung 25: Vergleich QuaSti/SuSe bezogen auf das Gesamtstillen............................56
Abbildung 26: Konzept für integrierte Stillförderung ..........................................................62
Abbildung 27: Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V .........................64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Haushaltsgröße..................................................................................................32
Tabelle 2: Zufriedenheit mit dem Personal .........................................................................43
Tabelle 3: Stillwissen / Kennen die Mütter Maßnahmen bei …..............................................48
Tabelle 4: Zeitpunkt des Auftretens der Stillkomplikationen ............................................49
Tabelle 5: Anteilige Unterstützung bei Stillkomplikationen ..............................................50
1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation


Die Studie untersucht die Qualität in der stillfreundlichen Klinik und Einflussfaktoren, die sich auf die Stilldauer und Stillbereitschaft auswirken. Dazu wurden Mütter telefonisch befragt, die zuvor ihr Baby in der Klinik entbunden hatten.

---

1 Anmerkung der Verfasserin: 2006 wurde die deutsche Namensgebung an die internationale angeglichen und nennt sich jetzt „Babyfreundliches Krankenhaus“
1.2 Ziel der Arbeit


In der vorliegenden Arbeit wird ein mögliches Konzept vorgestellt, welches zeigen soll, dass auch präventive Maßnahmen wie die Stillförderung in die integrierte Versorgung eingebunden werden können, um Versorgungslücken zu schließen und einer Unter- bzw. Fehlversorgung entgegen zu wirken.

1.3 Aufbau und Struktur der Arbeit

Die Arbeit umfasst sechs Kapitel. Die vorangegangene Einleitung stellt die Ausgangssituation und das Ziel der Arbeit dar.

Das zweite Kapitel gibt einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und den Stand integrierter Versorgungsformen in Deutschland. Anhand der Ausgangslage im deutschen Gesundheitswesen wird der Integrationsbedarf begründet.

Das dritte Kapitel befasst sich mit der Public Health Relevanz des Stillens und stellt das Versorgungskonzept des „Stillfreundlichen Krankenhauses“ vor.


Das fünfte Kapitel zeigt anhand der Ergebnisse aus der QuaSti-Studie Versorgungsdefizite auf, die sich auf die Stillbereitschaft und die Stilldauer auswirken und gibt Handlungsempfehlungen im Hinblick auf sektorenübergreifende Versorgung. Es wird das Konzept
eines Vertrages der Integrierten Versorgung unter dem Dach eines Medizinischen Versorgungszentrums vorgestellt, welches als Lernmodell unter dem Aspekt der Stillförderung dienen soll.

Anmerkung

Die Schreibweise „Integrierte Versorgung“ bezieht sich als feststehender Begriff auf die Verträge, die nach § 140 ff. SGB V abgeschlossen werden. Inzwischen hat sich die Bezeichnung „integrierte Versorgung“ auch für andere Versorgungsformen durchgesetzt (Hausarztmodell, strukturierte Behandlungsprogramme) und meint damit die Integration im Gesundheitswesen im Allgemeinen. In dieser Arbeit wird ebenso verfahren.

Die Formulierung der männlichen Form bezieht sich stets auf beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Kürze wird im Text auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Schreibweise oder Verdoppelungen verzichtet.
2 Integrierte Versorgung in Deutschland

2.1 Ausgangssituation und Integrationsbedarf


Insbesondere beim Übergang vom stationären zum ambulanten Sektor und umgekehrt führt dies zu Informationsverlust und Versorgungsbrüchen. Insofern ist Integration im Gesundheitswesen, die auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet ist, eine zentrale Anforderung, die bereits in der Prävention beginnen sollte (ebd.).

Ein weiterer Integrationsbedarf ergibt sich aus dem demografischen Wandel, die Menschen werden älter und die Multimorbidität nimmt zu. Damit wächst auch der Anteil der behandelnden Spezialisten bei einem Patienten und deren Koordinationsbedarf.

Schnittstellenprobleme auf allen Stufen des Gesundheitswesens führen zu Versorgungsbrüchen
- bei der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung
- beim Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung und zurück
- beim Übergang von der akutmedizinischen Versorgung zur Rehabilitation
beim Zusammenwirken von Medizin einerseits sowie Pflege, Sozialarbeit und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen andererseits.

Unzureichende Informationsübermittlung, mangelhafte oder fehlende Absprache der Behandlungsschritte und fehlender Austausch von fachlichem Wissen führen zu einer nicht optimal abgestimmten Behandlung, es kommt zur Durchführung von Doppeluntersuchungen, die den Patienten belasten und unnötige Kosten verursachen. Folge dieser Versorgungsdefizite sind geringere Heilungschancen, höhere Sterblichkeitsraten insbesondere bei chronischen Erkrankungen und für viele Kranke eine geringere Lebensqualität (ebd.).


Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind seit 1995 von rund 186 Milliarden Euro auf 234 Milliarden Euro angestiegen (Abb. 1), dies entspricht einem Kostenanstieg von ca. 25%.

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 1995 in Milliarden Euro²

Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) beliefen sich die Gesamtausgaben für Gesundheit 2003 auf 10,9%. Damit lag Deutschland um 2 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der OECD-Länder von 8,9%. Nur in den USA (15,3%) und in der Schweiz (11,6%)

² Eigene Darstellung nach: Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2006: Gesundheitsausgaben S.248


2.2 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung in Deutschland

Integrierte Versorgung in Deutschland

Der Aufbau eines integrierten Versorgungssystems wird als eine der größten Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens gesehen.


Die Integrierte Versorgung ist eine neue sektorenübergreifende Versorgungsform im deutschen Gesundheitswesen. Sie gilt als ein wichtiges Wettbewerbsinstrument innerhalb der Krankenkassen und kann zur Patientenbindung beitragen. Integrierte Versorgung fördert die Vernetzung und Kommunikation der verschiedenen Leistungserbringer an einer Behandlungskette mit dem Ziel

- die medizinische Versorgung der Patienten durch Vernetzung der Leistungserbringer zu verbessern
- die sektoralen Grenzen im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden
- die Effizienz der Versorgung zu verbessern
- Kosten bei qualitativ gleicher oder sogar höherwertiger Behandlung zu reduzieren.


Um einen erfolgreichen Einsatz der neuen Konzepte integrierter Versorgungsformen zu gewährleisten, müssen neue Managementtechniken (z.B. Qualitätsmanagement, Informationsmanagement, Schnittstellenmanagement) bzw. -instrumente (z.B. Hausarztmodell, DMP) an die Bedürfnisse der Patienten und die organisatorischen Rahmenbedingungen der Akteure im Gesundheitswesen angepasst werden (Mühlbacher 2002:17).

2.3 Managed Care

Vorläufer der integrierten Versorgungsmodelle sind die Managed Care Modelle aus den USA. Managed Care wird definiert als

„…die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzerstellung und der Leistungsfinanzerstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzerstellung.“
Integrierte Versorgung in Deutschland


Zentrale Aspekte von Managed Care sind das Zusammenspiel von Preis, Qualität und Quantität. Um diese drei Elemente in eine vernünftige Beziehung zu setzen, sind ein guter Informationsstand aller Beteiligten und eine partnerschaftliche Abwicklung von Managed Care Verträgen zwingende Voraussetzungen (Baumberger 2001: 56f).

Bisherige Erfahrungen bei der Einführung von Managed Care Modellen in den USA, der Schweiz und Deutschland haben gezeigt, dass hohe Anforderungen an die Innovationsfähigkeit und -bereitschaft aller Beteiligten (Krankenkassen, Leistungserbringer, Führung der Managed Care Modelle, Patienten) gestellt werden. So müssen die Patienten die neue Gesundheitsversorgung akzeptieren, ggf. auf Wahlfreiheit verzichten, mehr Selbstverantwortung und je nach Bedarf höhere finanzielle Belastungen übernehmen. Die Leistungserbringer müssen in der Patientenversorgung neben medizinischen auch wirtschaftlichen Aspekten berücksichtigen. Das setzt medizinische Verantwortung, betriebswirtschaftliche Fähigkeiten und eine hohe ethische Verantwortung voraus. (Wiechmann 2003:208)

Das Hausarztmodell, Disease-Management-Programme (DMP), die Einführung von Pauschalbeträgen im Krankenhaus (DRG = „Diagnosis related Groups), Case – Management, Modellvorhaben und Strukturverträge sind Managed-Care-Konzepte, die bereits in Deutschland zur Anwendung kommen.

2.4 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenvereinbarungen

Seit 01.01.2000 (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz) gibt es für Leistungserbringer und Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung abzuschließen. Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.
Die gesetzliche Regelung ist im § 140 a-h SGB V festgeschrieben. Die Krankenkassen können Verträge über verschiedene Leistungssektoren abschließen, um eine übergreifende Versorgung zu ermöglichen. Diese Verträge sollen im besten Fall eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Versorgung erreichen.

Die Teilnahme der Versicherten an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Die behandelnden Leistungserbringer dürfen aus der gemeinsamen Dokumentation die Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte sein Einverständnis erklärt hat. Die Einverständniserklärung bezieht sich ausschließlich auf den Kreis der Leistungserbringer, die einen gemeinsamen Vertrag unterzeichnet haben.

Die Vertragspartner der Krankenkassen verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Außerdem sind sie verpflichtet am Versorgungsbedarf der Versicherten koordiniert zusammen zu arbeiten und sie verpflichten sich zu einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der Integrierten Versorgung Beteiligten zugänglich gemacht werden muss (SGB V §140b Ziff.3).

Möglicher Vertragspartner sind

- Managementgesellschaften
- Einzelne Vertragsärzte
- Träger zugelassener Krankenhäuser, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
- Medizinische Versorgungszentren
- Pflege- und Rettungsdienste
- Sanitätshäuser
- Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen
- Stationäre Pflegeeinrichtungen


Bis zu einem Prozent der jährlichen ärztlichen Vergütungen (rund 220 Millionen Euro) und einem Prozent aus dem Krankenhaushaupt (rund 460 Millionen Euro) werden speziell für die Integrierte Versorgung bereitgestellt. Die Anschubfinanzierung wurde inzwischen mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) bis Ende 2008 (vorher bis Ende 2006) verlängert und soll den Vertragspartnern einen Anreiz geben, sich für diese Form der Versorgung zu entscheiden.

**MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)**

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2004 die Möglichkeit einer neuen integrierten Versorgungsform geschaffen: Das Medizinische Versorgungszentrum. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind im § 95 Abs.1 SGB V verankert. MVZ sind Einrichtungen für eine fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete an einem Ort.


Vorteile von Medizinischen Versorgungszentren:
- Medizinische Kompetenz wird an einem Ort gebündelt
- Zeitsparnis für die Patienten durch kurze Wege zwischen den einzelnen Anbietern
- Gemeinsame Datenhaltung und schneller Informationsfluss
- Strukturierte Behandlung durch die enge Zusammenarbeit der Ärzte und anderen Leistungserbringern
- Gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischen Geräten
- Ökonomisches Risiko des Einzelnen bei einer Praxisgründung entfällt

2.5 Anzahl der Verträge zur Integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren

Verträge zur Integrierten Versorgung werden von den Krankenkassen an die Registrierungsstelle der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gemeldet. Aufgabe der Registrierungsstelle ist die Erfassung der Meldungen über abgeschlossene Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V und die Erteilung von Auskünften über abgeschlossene Verträge an Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen.

Bis 30.06.2007 sind bei der Registrierungsstelle 4044 geltende Verträge zur Integrierten Versorgung gemeldet worden (BQS 2007).

Abbildung 2: Anzahl der bei der BQS gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung seit 2005

3 Eigene Darstellung nach den Daten des BQS Register 140d
Der Anstieg der Verträge seit 2005 zeigt, dass sich die Maßnahmen durch den Gesetzgeber positiv ausgewirkt haben (Abb. 2).


---

4 Eigene Darstellung nach den Daten der KBV 2007
5 alle Zahlen bezogen auf den Stand vom 30.03.2007
3 Hintergründe zum Stillen und der Stillförderung

3.1 Public Health Relevanz des Stillens


3.2 Stillen in Deutschland – Datenlage


Weitere Ergebnisse zeigten, dass die Stillförderung in der Klinik einen entscheidenden Faktor für langfristig erfolgreiches Stillen darstellt und Mütter besser über das Thema Stillen informiert werden sollten. Ärztliche Beratung zum Stillen wurde nur wenig in Anspruch genommen (ebd.).


3.3 Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI)


---

⁶ DONALD: DOrt mund Nutritional an Anthropometric Longitudinally Designed Study

Inzwischen haben sich der Initiative ca. 20 000 Geburtskliniken weltweit angeschlossen. In Deutschland sind von insgesamt rund 900 Geburtskliniken 29 als „Babyfreundliches Krankenhaus“ anerkannt (ebd.)

Bei Einhaltung bestimmter Qualitätskriterien wird eine Klinik nach einem umfassenden Audit als stillfreundlich offiziell zertifiziert. Die Stillförderung einer Klinik erfolgt unter anderem durch die Umsetzung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“:

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung für das gesamte Pflegepersonal
2. Schulung des Gesundheitspersonals in Theorie und Praxis, dass diese Richtlinien mit Leben erfüllt werden können
3. Information aller schwangeren Frauen über die Vorteile und Praxis des Stillens
4. Den Müttern das erste Anlegen des Kindes 30 Minuten nach der Entbindung zu ermöglichen
7. Rooming-in praktizieren
8. Die Mütter ermuntern nach Bedarf zu stillen
9. Den Säuglingen keine Gummisauger oder Schnuller geben
10. Entstehung von Stillgruppen fördern und die Mütter in Kontakt bringen

Das Klinikum Nord war 2001 erstmalig ausgezeichnet worden, und für die Rezertifizierung ihrer Geburtsklinik wurde die Studie QuaSti als Qualitätsevaluationsstudie herangezogen. Eine vergleichbare Studie ist in Deutschland bisher noch nicht durchgeführt worden.
In Österreich wurden im Zusammenhang mit der Rezertifizierung von neun Geburtskliniken 859 Frauen befragt, wie zufrieden sie mit der Stillbetreuung waren. Die Befragungsergebnisse brachten deutlich zum Ausdruck, dass die Wünsche und Erwartungen der Mütter in stillfreundlichen Krankenhäusern erfüllt worden sind. Bei Entlassung stillten von allen befragten Müttern 85% voll, 7% teilweise und 6% stillten nicht (Kern et al., 2006).
4 Die Studie QuaSti

4.1 Ausgangslage und Ziel der Studie


Die QuaSti-Studie untersucht das Stillverhalten selbst und Faktoren, die dieses Verhalten kurz- und langfristig beeinflussen könnten, wie z.B. die Qualität der Betreuung in der Klinik, das Wissen der Frauen um die Vor- und Nachteile des Stillens, die Kenntnis und Nutzung von Unterstützungsangeboten bei Verunsicherungen oder Komplikationen, sowie demografische Daten zur Differenzierung des sozialen Status.

4.2 Das Projektteam


Die Studie fand in Kooperation mit der Hamburger Asklepios Klinik Nord-Heidberg statt. Als Teilnehmer involviert sind der leitende Chefarzt der Geburtshilfe und der gynaekolog-


8 Prof. Dr. Annette C. Seibt: PhD (USA), Dipl.-Päd., Prof. f. Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention, Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW), Hamburg

9 Prof. C. Deneke, Dipl.-Soz., Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften und Forschung, Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW), Hamburg
schen Abteilung, Herr Dr. M. Scheele und als leitende Hebamme Frau Juppe-Schütz. Von Seiten der Klinik wurde die Studie von Frau Lange, Qualitätsmanagerin, koordiniert.

4.3 Methodik


Zur Erhebung der Sozialdemografie wurde ein Fragebogen (vgl. Anhang) entwickelt, der folgende Bereiche umfasste:

- Persönliche Daten der Mutter (Name, Geburtstag, Adresse, Telefonnummer)
- Persönliche Daten des Kindes (Name, Geburtsdatum)
- Familienstand
- Anzahl der Personen im Haushalt
- Schul- und Berufsausbildung der Mutter
- Einkommen
- Herkunft


Der telefonische Fragebogen besteht aus 32 Fragen (quantitativ und qualitativ) und gliedert sich in folgende Fragenkomplexe:

- Art der Geburt und Erwartungen an die Klinik bezüglich der Geburt
- Stillen und Ernährung des Kindes
Nach diesem Fragenkomplex wurden nur noch Frauen weiterbefragt, die zum Zeitpunkt des Interviews noch stillten.

- Entschluss und Informationen zum Stillen vor der Geburt
- Aufenthalt in der Klinik
- Angebote zum Stillen außerhalb der Klinik
- Stillwissen
- Stillkomplikationen
- Stillen in Zukunft und Fragen zur Person und Gesundheitsverhalten


\textsuperscript{10} Susann Aronsson, Kirsten Andersen, Petra Bödecker, Elke Forman Dörte Heinsohn, Britta March, Jan Mohr, Marion Müller, Martina Schlappler, Kay Seidl, Anja Simmet
4.4 Zeitlicher Ablauf der Studie

<table>
<thead>
<tr>
<th>2004</th>
<th>2005</th>
<th>2006</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Okt</td>
<td>Nov</td>
<td>Dez</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan</td>
<td>Feb</td>
<td>Mrz</td>
</tr>
<tr>
<td>Apr</td>
<td>Mai</td>
<td>Jun</td>
</tr>
<tr>
<td>Jul</td>
<td>Aug</td>
<td>Sep</td>
</tr>
<tr>
<td>Okt</td>
<td>Nov</td>
<td>Dez</td>
</tr>
<tr>
<td>Jan</td>
<td>Feb</td>
<td>Mrz</td>
</tr>
<tr>
<td>Apr</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Pilotstudie

Zeitraum der Geburten

Durchführung der Telefoninterviews

Evaluationsstudie

Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Studie


---

11 CATI = Computer assisent telephone interview
4.5 Ergebnisse

4.5.1 Basisdaten

Von insgesamt 489 gültigen eingegangenen Bögen aus dem Klinikum Nord konnten 403 Frauen telefonisch interviewt werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsquote von 82%. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 21 Minuten.

Für die Nichtteilnahme werden folgende Gründe angegeben:
- Keine bzw. falsche Telefonnummer angegeben, nicht auffindbar (19%)
- Nach mindestens sieben Anrufversuchen nicht erreicht (22%)
- Kein Anschluss unter dieser Nummer (17%)
- Teilnahme abgelehnt (15%)
- Terminabsprachen nicht eingehalten (8%)
- Mangelnde Sprachkenntnisse (7%)
- Kind zwischenzeitlich verstorben (2%)

4.5.2 Sozialdemografie

Charakterisierung der Mütter

92% aller befragten Mütter sind deutscher Herkunft. Das Durchschnittsalter beträgt zum Zeitpunkt des Interviews knapp 33 Jahre, am häufigsten ist ein Alter von 35 Jahren genannt worden. Die jüngste Mutter ist 18, die älteste 44 Jahre.

Im Vergleich zu einer externen Erhebung (Prof. Riegl)\textsuperscript{12}, die 2004 im Klinikum Nord durchgeführt wurde, sind die Mütter unter 30 Jahre in der QuaSti – Studie unterrepräsentiert, während die Mütter über 35 Jahre überrepräsentiert sind (Abb. 5).

\textsuperscript{12} Gesundheitsforschungs-Institut Prof. Riegl & Partner GmbH, internes Klinikdokument
Abitur bzw. Fachhochschulreife haben 63% der befragten Frauen, mittlere Reife 30%, Hauptschulabschluss 6%. Eine Mutter ist ohne Schulabschluss.

Ein Studium bzw. eine Fachschulausbildung haben 53% der Mütter absolviert, eine abgeschlossene Lehre 42%, ohne Ausbildungsschluss sind 5%.

Die Mütter wurden nach Art und Zeitumfang ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit befragt (Mehrfachantworten möglich). Einer beruflichen Tätigkeit gehen 87% der Frauen nach, Vollzeit beschäftigt sind 57%, in Teilzeitarbeit 23,7% und 5,9% geringfügig beschäftigt. 4,6% sind arbeitslos. In Elternzeit sind zum Zeitpunkt des Interviews 15,0% der Frauen, sonstige Angaben (freiberuflich oder selbstständig) machen 2,3%.

Charakterisierung der Kinder

Insgesamt sind in dem Interviewzeitraum 410 Kinder geboren. Darunter sind sechs Mehrlingsgeburten, fünfmal Zwillinge und einmal Drillinge. 56% der geborenen Kinder sind Jungen, 44% Mädchen. Das Durchschnittsalter der Kinder zum Zeitpunkt des Interviews beträgt 19 Wochen. 47% der Kinder sind älter als vier Monate, 17% älter als fünf Monate.

Das durchschnittliche Geburtsgewicht der Kinder beträgt 3.325 Gramm. Knapp 70% aller Kinder haben ein Geburtsgewicht zwischen 3000 und 4000 Gramm. Das geringste Geburtsgewicht liegt bei 980 Gramm, das höchste bei 5000 Gramm (Abb. 6).
Familiensituation

Verheiratet sind 74% der Mütter, dies entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt aus dem Jahre 2005 von 73% (Statistisches Bundesamt 2006, Mikrozensus 2005: Kap. 3) und stellt die häufigste Familienform dar. 22% der Studienteilnehmerinnen leben unverheiratet mit dem Partner zusammen, 4% sind allein erziehend. Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen eines internen Klinik-Qualitätsgutachtens aus dem Jahre 2004. In Deutschland leben nur 6% aller Familien in Lebensgemeinschaften, während 21% allein erziehend sind. Im Vergleich zu den Lebensformen in Deutschland sind die allein Erziehenden in der QuaSti – Studie also deutlich unterrepräsentiert, während die Lebensgemeinschaften überrepräsentiert sind (Abb. 7).

Abbildung 7: Vergleich der Familienform mit den Daten aus dem Mikrozensus 2005

13 QSLQS Hamburg (quant gmbh, Hamburg, im Auftrag der Landesgeschäftsstelle Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hamburg), Jahresauswertung 2004, Klinikum Nord, LBK Hamburg, internes Klinikdokument
Anzahl der Kinder und Haushaltsgröße

51,9% der Frauen sind Erstgebärende, in der Klinikstudie von Riegl sind es 65%. Das zweite Kind haben 36,9% entbunden (drittes Kind: 8,9%, viertes Kind: 1,8%, fünftes Kind: 0,5%). Im Durchschnitt hat jede Frau 1,6 Kinder geboren.

Die Haushaltsgröße liegt in der Befragung zwischen 2 – 9 Personen (Tab. 1), eine Haushaltsgröße von acht Personen ist nicht genannt worden.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Personenzahl</th>
<th>Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2</td>
<td>3,6</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>48,6</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>36,1</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>9,4</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>0,3</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>0,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 1: Haushaltsgröße

Einkommen

Befragt nach der Art des Haushaltseinkommens wurden folgende Angaben gemacht (Mehrfachangaben möglich):

90,4% Haushalte beziehen als Einkommen eine Lohn- bzw. Gehaltszahlung, 15,7% Erziehungsgeld, 4,6% Arbeitslosengeld, 3,0% über eine berufliche Nebentätigkeit, 1,5% Sozialhilfe und 4,6% verfügen über sonstige Einkünfte (selbstständige Tätigkeit, Unterhalt, Bafög).

Die Frage nach der Höhe des Haushaltseinkommens haben 85% der befragten Mütter beantwortet (Abb. 8). Das durchschnittliche Haushaltseinkommen liegt bei 2.628,05 € (Median 2.400 €, Modus 3.250 €).
Abbildung 8: Verteilung des Einkommens

Definition von sozialer Benachteiligung

Der Status der sozialen Benachteiligung besteht, wenn mindestens eine der folgenden Kriterien vorliegt:

- Geringe Schulbildung (Hauptschulabschluss oder keinen Schulabschluss)
- Ohne Ausbildungsabschluss
- Allein erziehend
- Migrationshintergrund (nicht in Deutschland geboren und eine andere Muttersprache als Deutsch)
- Äquivalenzeinkommen kleiner als 938 Euro/Monat

In der Studienpopulation von QuaSti haben nach den oben genannten Kriterien 31,3\% (n=126) der Mütter den Status der sozialen Benachteiligung. Abb.9 zeigt die Verteilung der einzelnen Kriterien. Bezogen auf diese Gruppe haben 65,1\% ein Äquivalenzeinkommen < 938 Euro/Person, 24,6\% sind nicht deutscher Herkunft, 19,8\% haben eine geringe Schulbildung, 15,9\% sind ohne Ausbildungsabschluss und 14,3\% sind allein erziehend.

4.5.3 Geburt

Zeitpunkt und Art der Geburt

95\% der Probandinnen haben ihr Kind in der 37. Schwangerschaftswoche entbunden, 5\% sind Frühgeburten (SSW <37). 26\% der Kinder kamen in der 40. Schwangerschaftswoche zur Welt.

8\% der Mütter haben ambulant in der Klinik entbunden, 14\% aller Geburten erfolgten unter der Leitung einer Beleghebamme. Die durchschnittliche stationäre Verweildauer in der Klinik betrug fünf Tage.

64\% sind natürliche Geburten, 24\% davon mit medikamentöser Einleitung. In 29\% der Fälle ist eine Sectio medizinisch notwendig indiziert, eine Sectio auf Wunsch der Frau erfolgte in 3\%. 10\% der Säuglinge erblickten mit Hilfe der Saugglocke das Licht der Welt, 3\% durch eine Wassergeburt. In 17\% aller Fälle hat die Geburt unter einer Periduralanästhesie stattgefunden. Eine Frau entschied sich für eine alternative Gebärmutter (Gebärstuhl).
Bei 95% aller Geburten war der Kindsvater anwesend. Bei den Geburten, bei denen der Vater nicht gegenwärtig war (zehn natürliche Geburten, drei Saugglockenentbindungen und sechs Kaiserschnittentbindungen), hatten 74% der Mütter einen sozial benachteiligten Status.

**Erwartungen an die Geburt in der Klinik**

Die Erwartungen der Frauen bezüglich der Geburt sind zu 51% erfüllt worden, 19% geben an, dass ihre Erwartungen übertroffen wurden. 13% sind etwas enttäuscht und 16% antworten mit „kann ich so nicht sagen“. Im Vergleich zur externen Riegl-Studie sind die Erwartungen der Frauen bei QuaSti mit den Leistungen der Klinik rund um die Geburt eher erfüllt worden (61% bei Riegl, 70% bei QuaSti).

**Rooming-in**

Eine wichtige Voraussetzung für stillfreundliche Krankenhäuser ist das Praktizieren vom Rooming-in. Mutter und Kind sind von Anfang an rund um die Uhr zusammen in einem Raum untergebracht. Das ungestörte Zusammensein ist die ideale Bedingung zum Anbahnen der Stillbeziehung und damit die beste Prophylaxe gegen die Entstehung von Stillproblemen. Die QuaSti – Mütter wurden gefragt, ob sie jederzeit/24h am Tag mit ihrem Säugling zusammen sein konnten. 83,3% geben an, dass sie rund um die Uhr mit ihrem Baby zusammen waren. Bei den übrigen 16,7% war entweder zeitweise kein Rooming-in möglich, da Mutter oder Kind auf der Intensivstation lagen oder krank waren oder das Rooming-in wurde unterbrochen, weil die Mutter erschöpft oder das Kind unruhig war. Kurze Unterbrechungen geben einige Mütter an, um selbst zu duschen oder einen Kaffee zu trinken.
4.5.4 Stillen

Stillstatus

Zum Zeitpunkt des Interviews stillen 76% aller befragten Frauen, 63% ausschließlich. 20% haben abgestillt, 3% haben gar nicht mit dem Stillen begonnen und 1% pumpt Milch ab (Abb. 10)

Abbildung 10: Stillstatus zum Zeitpunkt des Interviews

Stillquote

Die Stillquote für das ausschließliche Stillen (Stillen gesamt) sinkt von 97% nach der Geburt auf 92,3% (93,8%) nach einer Woche, nach 2 Monaten auf 81,4% (87%), nach drei Monaten auf 74,6% (82,0%), nach 4 Monaten auf 71,3% (78,7%) und auf 50,8% (73,1%) nach fünf Monaten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Stillquote

Gründe für das Nichtstillen

3% (n=11) der befragten Mütter haben ihren Säugling nie gestillt. Dafür geben sie folgende Gründe an: „hatte nicht genug Milch“ (n=3), „wollte von vornherein nicht stillen“ (n=2), „krankheitsbedingte Gründe der Mutter“ (n=2). Eine Frau stillt nicht wegen einer Brustentzündung und eine Frau gibt an, wegen bereits vorher geborener Kinder keine Ruhe zum Stillen zu haben. Zwei Frauen machen keine Angabe zum Nichtstillen.

Gründe für das Abstillen

20% der Mütter haben ihren Säugling zum Zeitpunkt des Interviews bereits abgestillt. Als Gründe für das Abstillen (Mehrfachantworten möglich) nennen 52%, dass sie nicht genug Milch haben bzw. nicht sicher waren, ob das Kind satt geworden ist, 14% haben auf Grund einer Brustentzündung abgestillt. Als weitere Gründe werden genannt: Kind wollte nicht länger (8%), Mutter wollte nicht länger (6%), Arzt hat dazu geraten (4%), Hebamme hat dazu geraten (4%), Arbeit/Studium (1%), keine ausreichende Unterstützung bekommen (1%). Sonstige Angaben machten 20% der Mütter, es wurden stress bedingte Gründe genannt, Zeitmangel oder krankheitsbedingte Gründe der Mutter oder des Säuglings.

Stilldauer


Mütter, die zum Zeitpunkt des Interviews bereits zufüttern, haben ihr Baby durchschnittlich bis zum vierten Monat gestillt.

Entschluss zum Stillen

78,6% der befragten Frauen haben bereits in der Schwangerschaft den Entschluss gefasst ihren Säugling zu stillen. Während der Schwangerschaft entschieden sich 20,4% für das Stillen.

Erst während des Krankenhausaufenthaltes im Klinikum fassten 1% (n=4) der Mütter den Entschluss ihr Baby zu stillen. Keine der vier Frauen fühlte sich zu dieser Entscheidung vom Krankenhaus „überredet“. Drei Frauen geben an, vom Klinikpersonal überzeugt worden zu sein und eine Frau sagt, dass sie stillen wollte.

Stillen vorheriger und folgender Kinder

Frauen, die bereits Kinder vorher geboren haben, wurden befragt, ob diese ebenfalls gestillt wurden. 86,7% der Mütter beantworten diese Frage mit „ja“.

Ein weiteres Kind wollen 98,0% der Mütter wieder stillen.
Die Studie QuaSti

Gabe eines Schnullers


4.5.5 Informationen und Angebote vor und während des Klinikaufenthaltes

Information zum Stillen vor der Geburt

Vor der Geburt haben sich 59,8% (n=234) der Mütter zum Thema Stillen informiert, 31,4% (n=123) geben an, dass sie genug darüber wussten und keine Informationen benötigten. 8,7% (n=34) der Befragten geben an, dass wichtigere Themen im Vordergrund standen und sie daher keine Informationen zum Stillen eingeholt haben.

Als Informationsquelle steht an erster Stelle die Broschüre mit 51,7%, gefolgt von der Geburtsvorbereitung mit 36,4%. Die Hebamme ist in 34,7% Informandin, die Freundin mit 27,5%. Sonstige Informationsquellen nutzen 10,2% der Befragten: Bücher, das Internet, Familienangehörige wie Mutter oder Schwester. Lediglich 2,5% informieren sich bei der Frauenärztin (Abb. 13).

Abbildung 13: Informationen zum Stillen vor der Geburt

Informationen durch die Klinik zum Stillen vor der Geburt

Während der Schwangerschaft haben 47,5% der Mütter Informationen zum Thema Stillen von den MitarbeiterInnen der Klinik erhalten. 30,6% haben keine Informationen bekom-
men, 17,6% benötigten keine. Nicht erinnern können sich 2,8% und keinen Kontakt mit der Klinik vor der Geburt hatten 0,7% der Schwangeren.

**Information zum Thema Stillen während des Klinikaufenthaltes**


11,7% der Frauen machen Angaben zu nicht ausreichenden Informationen, 64,3% zu ausreichenden Informationen. (Abb. 14)

![Abbildung 14: Informationen während des Klinikaufenthaltes](image)

**Wunsch über andere Informationen durch die Klinik**

36,5% (n=127) der Mütter antworten, dass sie sich weitere Informationen über andere Themen gewünscht hätten. Folgende Wünsche werden von diesen Frauen geäußert: 28% vermissten detailliertere Informationen zum Stillen, insbesondere im Zusammenhang mit Zwillingseingeburten, Frühgeburteneingeburten oder Anlegetechniken. Über den Umgang und die Pflege des Säuglings hätten 19% gern mehr gewusst, 13% über den Umgang bei Erkrankung von Mutter oder Kind. Nähere Angaben über die Ernährung in der Stillzeit wünschen sich 9% und Informationen rund um die Geburt vermissen 6% der Mütter.
4.5.6 Qualität der Betreuung in der Klinik

Ein Qualitätskriterium im Stillfreundlichen Krankenhaus ist das zeitnahe erste Anlegen des Säuglings an die Brust nach der Geburt. 75% der QuaSti-Mütter haben ihren Säugling innerhalb der ersten Stunde angelegt, davon 56% in den ersten 30 Minuten.

Unterstützung beim Stillen

Unterstützung beim ersten Anlegen erhalten die Mütter am häufigsten von der Hebamme in 58,1% der Fälle. Die Schwester unterstützt beim ersten Anlegen in 10,1%, die Stillberaterin in 1,0% und der Arzt in 0,5% der Fälle. 18,1% geben an, dass sie beim ersten Anlegen keine Hilfe benötigt haben. 10,4% der Mütter erhielten keine Unterstützung.

Gefragt nach späterer Unterstützung beim Anlegen, werden folgende Angaben gemacht: Schwester mit 59,4%, Hebamme mit 24,5%, Stillberaterin mit 8,1%, nicht nötig mit 18,2%. Keine Hilfe beim späteren Anlegen führen 5,2 % der Mütter an.

Die grafische Darstellung (Abb.15) zeigt deutlich, dass direkt nach der Geburt die Hebamme die wichtigste Unterstützerin beim Anlegen des Säuglings ist. Im weiteren Verlauf übernimmt die Schwester hauptsächlich diese Aufgabe. Ebenso wird der Beistand der Stillberaterin erst beim späteren Anlegen in Anspruch genommen.

Abbildung 15: Unterstützung beim Anlegen
Zufriedenheit mit der Klinikbetreuung

Die Mütter wurden befragt, wie zufrieden sie mit den Leistungen des Klinikpersonals waren. Folgende Kriterien wurden erfragt:

- Zufriedenheit mit der **Stillbetreuung** – 90% der Mütter haben diese Frage beantwortet, die übrigen 10% der Mütter geben an, dass eine Stillbetreuung für sie nicht nötig war bzw. nicht in Anspruch genommen wurde.

- Zufriedenheit mit der **Freundlichkeit** des Personals

- Zufriedenheit mit dem **Einfühlungsvermögen** des Personals – konnten sich die MitarbeiterInnen der Klinik in die Probleme der Mütter einfühlen und wurden sie ernst genommen?

- Zufriedenheit mit der **Hilfestellung** – konnte das Klinikpersonal praktische Hilfestellung geben?

- Zufriedenheit mit der **Offenheit** – war das Personal jederzeit ansprechbar und offen für Fragen und auftretende Probleme?

- Zufriedenheit mit der **Verständlichkeit** – waren die Erklärungen des Personals für alle Mütter verständlich?

- Zufriedenheit mit der **Konsistenz** – stimmten die Informationen und Erklärungen der MitarbeiterInnen überein?

- Zufriedenheit mit der **Zeit** – war ausreichend Zeit für die Mütter von Seiten des Klinikpersonals vorhanden?

Es wurden vier Antwortkategorien vorgegeben: Vollkommen zufrieden, weitgehend zufrieden, weniger zufrieden, unzufrieden. Ordnet man den einzelnen Kategorien eine Note von 1 (vollkommen zufrieden) bis 4 (unzufrieden) zu, so kann eine durchschnittliche Gesamtnote für die Zufriedenheit der einzelnen Parameter errechnet werden. Die folgende Tabelle (Tab.2) zeigt die Ergebnisse in den einzelnen Kategorien:
Tabelle 2: Zufriedenheit mit dem Personal

<table>
<thead>
<tr>
<th>Service</th>
<th>vollkommen</th>
<th>weitgehend</th>
<th>weniger</th>
<th>unzufrieden</th>
<th>Note</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Freundlichkeit</td>
<td>69,0%</td>
<td>27,8%</td>
<td>2,1%</td>
<td>1,0%</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Verständlichkeit</td>
<td>69,8%</td>
<td>25,8%</td>
<td>2,8%</td>
<td>1,6%</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Offenheit</td>
<td>68,4%</td>
<td>25,9%</td>
<td>4,1%</td>
<td>1,6%</td>
<td>1,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Hilfestellung</td>
<td>57,0%</td>
<td>31,6%</td>
<td>8,5%</td>
<td>2,8%</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Einfühlungsvermögen</td>
<td>51,0%</td>
<td>39,8%</td>
<td>6,9%</td>
<td>2,1%</td>
<td>1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Stillbetreuung</td>
<td>51,9%</td>
<td>35,0%</td>
<td>8,6%</td>
<td>4,3%</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Zeit</td>
<td>49,4%</td>
<td>32,6%</td>
<td>11,4%</td>
<td>6,7%</td>
<td>1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Konsistenz</td>
<td>42,4%</td>
<td>33,0%</td>
<td>17,0%</td>
<td>7,4%</td>
<td>1,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Alle Gesamtnoten liegen im Bereich zwischen 1 bis 2, dies zeigt eine hohe Zufriedenheit der Befragten mit dem Personal. Über 90% der Mütter sind zufrieden mit der Freundlichkeit (96%), Verständlichkeit der Erklärungen (96%), Offenheit (94%) und dem Einfühlungsvermögen (91%). Die Stillbetreuung bewerten 87% als zufrieden stellend. 81% geben an, dass sie mit der zur Verfügung stehenden Zeit des Personals zufrieden waren. Die Übereinstimmung der Erklärungen der MitarbeiterInnen (Konsistenz) wird mit 75% positiv eingeschätzt.

Zu der Frage, was den Müttern im Krankenhaus besonders gut gefallen hat (offen gestellt), machten 88,5% (n=347) der Probandinnen eine Angabe. 20,9% (n=82) empfinden das Familien- bzw. Einzelzimmer besonders gut. 15,6% (n=61) heben nochmals die gute Betreuung insgesamt hervor. Die Betreuung durch die Hebammnen hat 12% (n=47) der Mütter besonders gut gefallen, die Betreuung durch die Schwester heben 11% (n=43) als ganz besonders hervor. 5,6% (n=22) der Befragten geben an, dass sie rundum alles gut fanden. Weitere Aussagen sind zum Beispiel: „fühlte mich gut aufgehoben“, „es war immer jemand für mich da“, „gute Atmosphäre auf der Station“, „Rooming-in, flexible Besuchszeiten.

Auf die Frage, ob den Müttern etwas nicht gefallen hat während ihres Klinikaufenthaltes, antworteten 72,9% (n=286). 20,9% (n=82), sind mit dem Essen nicht zufrieden. 7,7% (n=30) bemängeln das Zimmer, insbesondere das 3-Bettzimmer wird hier erwähnt. Eine bessere ärztliche Betreuung wünschen sich 4,6% (n=18) der Mütter. Weitere Aussagen: schlechte Kommunikation zwischen Kinderklinik und Entbindungsstation, Zeitmangel des
Personals, Unruhe auf der Station, Tabakgeruch einer Schwester, und „es war mir fast schon zu viel Betreuung“.

**Gründe für die Klinikentscheidung**

Die Frauen wurden gefragt, warum sie sich für ihre Entbindung das Klinikum Nord ausgesucht haben (offene Frage, Mehrfachantworten möglich). Für 44,4% der Mütter war die räumliche Nähe zur Klinik von Bedeutung, 43,8% geben an, dass das Vorhandensein einer Kinderklinik die Entscheidung beeinflusst hat, 28,2% wurde die Klinik empfohlen, 11% haben sich auf Grund des Informationsabends der Klinik für eine Entbindung in diesem Haus entschieden. Die Stillfreundlichkeit wird von 7,7% der Frauen als Grund für die Klinikentscheidung genannt.

Sonstige Angaben hierzu machen 15,4%:

- „guter Ruf der Klinik“
- „gute Erfahrungen bei den ersten Geburten“
- „schon selbst dort geboren“
- „Gespräch mit dem Oberarzt, der sich eine dreiviertel Stunde Zeit für mich genommen hat“

**Empfehlung**

86,3% der Mütter würden das Klinikum Nord auf jeden Fall an eine gute Freundin weiterempfehlen. 2,9% wollen die Klinik auf keinen Fall für die Geburt eines Kindes vorschlagen.

Unter bestimmten Voraussetzungen eine Weiterempfehlung nennen 10,9%:

- „nur bei ambulanter Entbindung“
- „wenn die Kinderklinik erforderlich wird“
- „wenn die Freundin sich durchsetzen kann und selbst Fragen stellt“

**4.5.7 Informationen und Angebote nach dem Klinikaufenthalt**

Dieser Fragenkomplex befasst sich mit den Informationen und Angeboten, die den Müttern nach der Entlassung zur Verfügung standen bzw. welche dieser Angebote sie in Anspruch genommen haben.
**Angebote der Klinik**

Die Mütter wurden gefragt, ob die Klinik sie über Angebote nach Klinikentlassung informiert hat und ob sie diese in Anspruch genommen haben. 86,3% geben an, dass sie Informationen von der Klinik erhalten haben, 7,2% haben keine Informationen benötigt und 6,5% sagen, dass sie keine weiteren Informationen bei Entlassung bekommen haben.

**Abbildung 16: Angebote der Klinik nach Entlassung**


**Andere Angebote und Informationsquellen**

Es wurde nach weiteren Angeboten und Informationen gefragt, die den Müttern nach der Klinikentlassung zur Verfügung standen, ob sie in Anspruch genommen wurden und ob sie als hilfreich empfunden wurden (offene Frage, Mehrfachantworten möglich).

An erster Stelle der genutzten hilfreichen Angebote wird die Hebamme mit 69,9% genannt, gefolgt von der Freundin mit 16,6%. Die Ärztin/der Arzt wird nur in 3,9% als hilfreiches Angebot erwähnt (Abb. 18). Unter Sonstiges wird erwähnt: Rückbildungsgymnastik, Literatur, Internet, PEKiP-Gruppe\(^\text{14}\), Krabbelgruppe, Mütterzentrum, Elternschule, Babytreff, Geburtshaus (Abb.17).

---

\(^{14}\) PEKiP = Das Prager-Eltern-Kind-Programm ist ein Angebot der Elternbildung im Sinne einer Entwicklungsbegleitung während des ersten Lebensjahres des Kindes
4.5.8 Stillwissen

Dieser Fragenkomplex ermittelt das Stillwissen der Mütter. Die Frauen wurden zu Vor- und Nachteilen des Stillens befragt, wie lange und häufig ein Baby gestillt werden sollte, ob sie unterschiedliche Stillpositionen kennen und was sie in kritischen Situationen tun können, wie beispielsweise bei einer Trennung von dem Kind.

Die Frage nach den Vor- und Nachteilen des Stillens wurde offen gestellt, Mehrfachnennungen waren zugelassen.

Vorteile des Stillens

99% der Mütter kennen mindestens zwei Vorteile des Stillens:

- Stillen ist praktisch, d.h. jederzeit verfügbar 85%
- Wirkt sich positiv auf die Kindergesundheit aus 77%
- Fördert die Mutter-Kind-Bindung 51%
- Ist kostengünstig 31%
- Hat einen positiven Einfluss auf die Müttergesundheit 7%

Eine Mutter erkennt keine Vorteile im Stillen.
Nachteile des Stillens

63% der Frauen nennt durchschnittlich ein Nachteil des Stillens:

- Abhängigkeit 63%
- Eingeschränkter Lebensstil 23%
- Schmerzen beim Stillen 13%
- Körperliche Veränderung bei der Mutter durch das Stillen 7%
- Kind schläft nicht durch 6%

Einige Frauen bemängeln, dass der Vater beim Stillen nicht ausreichend mit einbezogen werden kann.

Stilldauer

Um das Wissen über die Stilldauer zu ermitteln, wurden die Mütter gefragt, wie lange es ihrer Meinung nach gut sei, ein Kind zu stillen (Offene Frage, Mehrfachantworten zuge lassen). 67,8% antworten: „solange Mutter und Kind sich wohl fühlen“, 26,9% sagen: „solange das Kind sich wohl fühlt“. Weitere Antworten: „solange wie möglich“, „bis Kinder Zähne bekommen“, „solange genügend Milch da ist“. 82,6% der Befragten geben an, dass ein Kind mindestens 6 Monate ausschließlich gestillt werden sollte. 6 Monate als gesamte erstrebenswerte Stilldauer nennen 30,2%, 12 Monate halten 43,8% der Frauen für die ideale gesamte Stillzeit.

Häufigkeit des Stillens

Gefragt nach der Häufigkeit des Anlegens innerhalb von 24 Stunden, antworten 72,4% der Mütter: „nach Bedarf des Kindes“. Auch diese Frage wurde offen gestellt und Mehrfachantworten waren zugelassen. 52,2% der Mütter meinen, dass ein Baby alle 3 Stunden angelegt werden sollte, 35,6% geben einen Rhythmus von 2 Stunden an.

Stillpositionen

Alle Frauen kennen mindestens zwei unterschiedliche Stillpositionen, 91,5% der befragten Frauen mindestens drei. Knapp ein viertel (24,5%) der Probandinnen kennt vier unterschiedliche Stellungen, 11% nennen fünf bis sieben.
Trennung vom Kind / zu viel oder zu wenig Milch

Können die Mütter etwas tun, wenn sie von ihrem Kind getrennt sind und nicht stillen können oder wenn sie zu wenig oder zu viel Milch haben. Fast alle Mütter haben diese Frage mit „ja“ beantwortet (Tab.3).

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>... zu wenig Milch</th>
<th>... Trennung vom Kind</th>
<th>... zu viel Milch</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ja</td>
<td>96,1%</td>
<td>96,4%</td>
<td>99,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>nein</td>
<td>3,1%</td>
<td>3,3%</td>
<td>0,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>weiß nicht</td>
<td>0,8%</td>
<td>0,3%</td>
<td>0,3%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 3: Stillwissen / Kennen die Mütter Maßnahmen bei...


4.5.9 Stillkomplikationen

In diesem Fragenkomplex wurden die Frauen zu aufgetretenen Stillkomplikationen bzw. Stillschwierigkeiten zum Zeitpunkt des Interviews befragt: Die Art und das jeweils zeitliche Auftreten, die durchgeführten Maßnahmen und welche Hilfen bzw. Unterstützungsangebote sie jeweils in Anspruch genommen haben. Diese Fragen wurden offen gestellt.

Art der Stillkomplikation und Zeitpunkt des Auftretens

64% (n=251) der befragten Mütter geben an, Stillkomplikationen gehabt zu haben. Davon 46,9% (n=184) eine, 14,8% (n=58) zwei, 1,8% (n=7) drei, 0,5% (n=2) vier an der Zahl. Insgesamt werden 329 einzelne Komplikationen genannt, durchschnittlich 1,3 pro Frau. Am häufigsten führen die Mütter mit 38% wunde Brustwarzen an, gefolgt vom Milchstau mit 30%, zu wenig Milch nennen 17%, eine Brustentzündung hatten 16% und dass sie zu viel Milch hatten, führen 12% der Mütter an. 6% mussten abpumpen. Sonstige Komplikationen mit 13% sind: „Kind wollte oder konnte nicht richtig trinken bzw. saugen“, Krankheit von Mutter oder Kind, Schmerzen beim Anlegen (Abb. 18).
Durchschnittlich treten Stillkomplikationen am Ende der zweiten Woche nach der Geburt auf (nach 2,9 Wochen). Als häufigste Komplikation in den ersten 14 Tagen nach der Geburt werden wunde Brustwarzen (86%) genannt, diese Schwierigkeit tritt durchschnittlich nach 1,4 Wochen auf. Innerhalb der ersten drei Monate wird der Milchstau am häufigsten genannt, im Durchschnitt trifft er nach knapp fünf Wochen auf. Ist das Kind älter als drei Monate, nehmen Stillkomplikationen deutlich ab. Am häufigsten wird zu diesem Zeitpunkt die Brustentzündung mit 6,5% genannt (s. Tabelle 4).

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>wunde Brustwarzen</td>
<td>86,0%</td>
<td>12,9%</td>
<td>1,1%</td>
<td>1,38</td>
</tr>
<tr>
<td>zu viel Milch</td>
<td>85,7%</td>
<td>14,3%</td>
<td></td>
<td>1,46</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>81,8%</td>
<td>18,0%</td>
<td></td>
<td>1,51</td>
</tr>
<tr>
<td>musste abpumpen</td>
<td>76,9%</td>
<td>23,1%</td>
<td></td>
<td>2,18</td>
</tr>
<tr>
<td>Brustentzündung</td>
<td>54,5%</td>
<td>39,0%</td>
<td>6,5%</td>
<td>4,45</td>
</tr>
<tr>
<td>zu wenig Milch</td>
<td>48,8%</td>
<td>46,5%</td>
<td>4,7%</td>
<td>4,34</td>
</tr>
<tr>
<td>Milchstau</td>
<td>33,3%</td>
<td>64,1%</td>
<td>2,6%</td>
<td>4,77</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 4: Zeitpunkt des Auftretens der Stillkomplikationen
Unterstützung bei Stillkomplikationen


Betrachtet man die prozentuale Verteilung der Unterstützung in den jeweiligen Stillkomplikationen, so zeigt sich, dass die Hebamme in allen Bereichen den größten Anteil an Unterstützungsarbeit leistet. Der Arzt wird von Frauen mit einer Brustentzündung etwas häufiger konsultiert (17,1%), ansonsten eher weniger oder gar nicht zu Rate gezogen (Tab. 5).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Komplikation</th>
<th>Hebamme</th>
<th>Arzt</th>
<th>Stillberaterin</th>
<th>Schwester</th>
<th>Sonstige</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Milchstau</td>
<td>80,0%</td>
<td>8,0%</td>
<td>2,7%</td>
<td>2,7%</td>
<td>12,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Brustentzündung</td>
<td>65,7%</td>
<td>17,1%</td>
<td>2,9%</td>
<td>8,6%</td>
<td>11,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>wunde Brustwarzen</td>
<td>76,3%</td>
<td>0,0%</td>
<td>16,1%</td>
<td>17,0%</td>
<td>1,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>zuwenig Milch</td>
<td>77,5%</td>
<td>2,5%</td>
<td>17,5%</td>
<td>7,5%</td>
<td>10,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>zuviel Milch</td>
<td>76,7%</td>
<td>2,5%</td>
<td>16,7%</td>
<td>10,0%</td>
<td>3,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>musste abpumpen</td>
<td>81,8%</td>
<td>10,9%</td>
<td>18,0%</td>
<td>18,0%</td>
<td>18,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>78,0%</td>
<td>10,9%</td>
<td>20,0%</td>
<td>12,7%</td>
<td>5,5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabelle 5: Anteilige Unterstützung bei Stillkomplikationen

Maßnahmen der Mütter bei Stillkomplikationen

Von den 251 Frauen, die eine Stillkomplikation hatten, hat jede mindestens eine Maßnahme ergriffen.

Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme bei einem Milchstau ist die Thermotherapie mit 46,1%. Als Wärmebehandlung wird folgendes angegeben: heiße Bäder oder Duschen, warme Umschläge, Rotlichtbestrahlung. Mit Kälte wird genannt: kalte Wickel bzw. Kompressen, Auflegen von gekühlten Kohlblättern. Brustwickel mit Quark oder Kohl machten 43,4%, die Brust ausgestrichen bzw. ausmassiert haben 38,2%. Als weitere Maßnahmen sind das Abpumpen mit 18,4% und die Anwendung von Brusthüten mit 2,6% genannt. 18,4 % der Frauen behandeln den Milchstau medikamentös mit Antibiotika, Salben und homöopathischen Mitteln.
Die medikamentöse Behandlung steht bei der **Brustentzündung** mit 37,5% als Maßnahme an erster Stelle. Am häufigsten werden Antibiotika eingenommen, seltener homöopathische Mittel angewendet, auch Salbeneinreibungen werden genannt. 25% der Mütter machen Brustwickel oder Umschläge mit Kohl, Quark oder schwarzem Tee. Therapeutische Maßnahmen werden bei einer Brustentzündung in 22,5% der Fälle durchgeführt, z.B. Bestrahlung mit UV-Licht, das Wärmen vor dem Stillen und Kühlen danach. Abpumpen als Maßnahme erfolgt in 17,5% der Fälle, 5% streichen die Brust aus.

**Wunde Brustwarzen** werden in 74,7% der Fälle mit Einreibungen therapiert. Besonders häufig werden die Brustwarzen mit Wolfett bestreichen, es werden aber auch andere Salben bzw. Cremes genannt: Calendula, Lanolin, Purelan, Aloe Vera, homöopathische Mittel. 28,4% der Mütter mit wunden Brustwarzen machen Kohl- oder Quarkwickel zur Linderung, 16,8% bestreichen sie mit Muttermilch. Als weitere Maßnahmen werden angegeben: Stillposition wechseln bzw. eine andere Anlegetechnik anwenden (12,6%), Gebrauch von Brusthütchen (11,6%), Abpumpen (7,4%), Wärme- oder Kältetherapie (4,2%).

35,7% der Frauen, die als Stillkomplikation **zu wenig Milch** nennen, geben als Maßnahme häufigeres Trinken an. Um die Milchbildung anzuregen, trinken die Mütter Milchbildungstee, Malzbier, Buttermilch. Ein Drittel (33,3%) pumpen vermehrt ab, um die Milchproduktion anzuregen. 26,2% legen das Baby häufiger an. Ebenfalls 26,2% beginnen mit dem Zufüttern.

30% der Mütter, die als Stillkomplikation **zu viel Milch** nennen, trinken Salbei- oder Pfefferminztee zur Reduktion der Milchproduktion. Ebenfalls 30% kühlen die Brust, 23,3% pumpen ab und 20% streichen die Milch aus.

### 4.5.10 Gesundheitszustand


**Größe und Gewicht / BMI**

Die durchschnittliche Körpergröße der Frauen beträgt 168,6 cm. Am häufigsten wird ein Wert von 170 cm angegeben (Minimum 150 cm, Maximum 184 cm). Die Mütter wiegen im Durchschnitt 68,8 kg, hier wird am häufigsten 70 kg genannt.
Die Studie QuaSti zeigt die Verteilung des BMI\textsuperscript{15} in der Studienpopulation. 6% der Frauen sind untergewichtig (BMI<18,5), 61% haben Normalgewicht (BMI 18,5-24,9), 25% sind der Kategorie Präadipositas (BMI 25,0-29,9) zuzuordnen und adipös sind 8% (BMI>=30). Zu berücksichtigen ist die erst kürzlich zurückliegende Geburt, viele Frauen haben ihr Normalgewicht noch nicht wieder erreicht.

\begin{itemize}
  \item 6% Untergewicht
  \item 61% Normalgewicht
  \item 25% Präadipositas
  \item 8% Adipositas
\end{itemize}

\textbf{Abbildung 19: Verteilung des BMI}

\textit{Rauchen}

10\% (n=35) der Mütter geben an, dass sie rauchen. 5,1\% rauchen bis zu fünf Zigaretten pro Tag, 1,8\% bis zu zehn Zigaretten pro Tag und 2\% der Frauen konsumieren pro Tag mehr als 10 Zigaretten. Das Maximum liegt bei 25 Zigaretten an einem Tag.

\textsuperscript{15} BMI (body mass index) = Körpergewicht : (Körpergröße in m)²
4.5.11 Einflussfaktoren auf die Stilldauer und die Stillhäufigkeit

Sozialer Status und Stillen

Die soziale Lage wirkt sich auf den Stillstatus der Frauen aus. Von den sozial benachteiligten Frauen stillen 65%, von den nicht sozial benachteiligten 82,6%. Sozial benachteiligte Frauen stillen kürzer und seltener als nicht sozial Benachteiligte (Abb. 20).

Abbildung 20: Sozialer Status und Stillstatus

Rauchen und Stillen

Raucherinnen stillen zum Zeitpunkt des Interviews signifikant länger und häufiger als Nichtraucherinnen (s. Abb. 21). 83% der Nichtraucherinnen stillen ihren Säugling, jedoch nur 42,5% der Raucherinnen.

Abbildung 21: Rauchen und Stillen
*Stillen und Gabe eines Schnullers*

Säuglinge, die einen Schnuller benutzen (68.5%), werden seltener und kürzer gestillt als andere Babys (89.5%) (*Abb.22*).

![Abbildung 22: Schnuller und Stillen](image-url)

*Stillkomplikationen und Stillen*

76.3% stillen trotz einer Stillkomplikation. Frauen ohne Stillkomplikationen stillen zu 85.9% (*Abb.23*).

![Abbildung 23: Stillkomplikationen und Stillen](image-url)

*Sectio und Stillen*
Mütter, die ihren Säugling durch einen Kaiserschnitt entbunden haben, unterscheiden sich in der Stilldauer und dem Stillstatus nicht von den Müttern, die eine andere Form der Geburt hatten. Dies ist ein Hinweis auf die gute Betreuungsqualität der Klinik, denn nachweislich benötigen Frauen nach einer Sectio eine besonders intensive Stillbetreuung (Abb. 24).

Abbildung 24: Sectio und Stillen
4.6 Ergebnisbewertung

Das primäre Stillen lag bei der SuSe-Studie bei 91%, bei QuaSti bei 97%. Das Ergebnis zeigt einen Anstieg der Stilldauer und der Stillquote gegenüber der SuSe-Studie. Die Qualität der Klinik wird von fast allen Frauen als sehr gut bzw. gut bewertet und zeigt, dass die Stillfreundlichkeit sich positiv auf die Stilldauer auswirkt.

Die Ergebnisanalysen zeigen, dass von insgesamt 403 befragten Müttern 76% zum Zeitpunkt des Interviews stillten, 63% ausschließlich (ohne Zufütterung anderer Nahrung und von Tee etc.).

Im Vergleich zur SuSe Studie, der einzigen vergleichbaren Stillstudie, die 1997/98 in Deutschland durchgeführt wurde, zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Stilldauer. Die Stillquote für das „ausschließliche Stillen“ / „Stillen gesamt“ sinkt von 73% / 86% (QuaSti: 92% / 94%) nach fünf Tagen, nach zwei Monaten auf 42% / 70% (QuaSti: 81% / 87%), nach vier Monaten auf 33% / 59% (QuaSti: 71% / 79%). (Abb. 25)

Abb. 25: Vergleich QuaSti/SuSe bezogen auf das Gesamtstillen

Über 80% der Interviewten waren mit der Betreuung durch die Mitarbeiter der Klinik sehr zufrieden und würden die Klinik auf jeden Fall für eine Entbindung weiter empfehlen. Als Kriterien für die Klinikentscheidung wurden vorrangig die Nähe zum Wohnort und das Vorhandensein einer Kinderklinik genannt, die Stillfreundlichkeit spielt bei dieser Entscheidung eine eher untergeordnete Rolle (<10%).

Über die Angebote der Klinik nach Entlassung waren 86% der Frauen informiert (Stilltreff, Babyschwimmen, Babymassage, Stillberatung, Rückbildungsgymnastik, Stillhotline), lediglich 5% hatten jedoch eines der Angebote in Anspruch genommen.


Sozial benachteiligte Frauen stillten jedoch kürzer und seltener als nicht sozial benachteiligte. Nichtraucherinnen stillten länger und häufiger als Raucherinnen. Das Auftreten von Stillkomplikationen wirkte sich verkürzend auf die Stilldauer aus.

Frauen, die durch einen Kaiserschnitt entbunden wurden, unterschieden sich im Stillstatus und der Stilldauer nicht von den anderen Frauen. Dies spricht für eine gute Betreuungsqualität der Klinik, weil dieses Ergebnis nur bei einer aufwändigeren Betreuung erreichbar ist.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der QuaSti-Studie, dass sich die Bemühungen der Klinik um Stillfreundlichkeit positiv auf die Stilldauer und Stillbereitschaft der Mütter auswirken. Das WHO/UNICEF-Konzept zum erfolgreichen Stillen hat sich an dieser Klinik bewährt.

Dennoch sind in einigen Bereichen die Stillergebnisse deutlich verbesserungsfähig. Im folgenden Kapitel werden Versorgungsschwachstellen bzw. Versorgungsdefizite aufgezeigt.
5 Integrierte Stillförderung

5.1 Versorgungsdefizite und Handlungsempfehlungen

Nachstehend werden anhand der vorliegenden Ergebnisse aus der QuaSti-Studie Versorgungsdefizite aufgezeigt, die sich auf die Stilldauer und Stillbereitschaft auswirken und durch eine integrierte Versorgungsform verbessert werden könnten.

Stillstatus


Frühes Abstillen

Die meisten Frauen stillen innerhalb der ersten zwei Monate nach Klinikentlassung ab. Dies zeigt, dass die Mütter gerade in dieser Zeit besondere Unterstützung brauchen, da viele äußere Faktoren das Stillverhalten beeinflussen können. Die neue Familiensituation erfordert ein Umdenken, die körperlichen Beschwerden nach der Geburt müssen verkraftet werden und Mutter und Baby müssen sich aneinander gewöhnen. Frühzeitiges Erkennen und Wissen um diese Probleme kann die Bewältigung erleichtern und die Frauen dazu befähigen, weiter zu stillen.

Stillwissen

**Informationen**

Informationen zum Thema Stillen vor der Geburt erhielten die Frauen vorrangig durch die Hebammie, Geburtsvorbereitung und Broschüren. Der Frauenarzt wird nur mit 3% genannt.\(^\text{16}\) Die Betreuung durch den Frauenarzt setzt zu Beginn der Schwangerschaft ein und durch die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen besteht ein ständiger Kontakt mit den werdenden Müttern. Daher bestünde für den Arzt die Möglichkeit, das Thema Stillen in der Frühschwangerschaft anzusprechen und die Frauen umfassend zu informieren. Es liegt die Vermutung nahe, dass die niedergelassenen Ärzte über das Thema Stillen keine ausreichenden Qualifikationen besitzen. Ein ständiger Informationsaustausch oder eine kollegiale Beratung durch Hebammen oder LaktationsberaterInnen könnte Abhilfe schaffen.

36% der Mütter haben sich mehr Informationen zum Stillen gewünscht, insbesondere bezüglich Risikoschwangerschaften. Da diese Schwangerschaften in der Regel intensiv vom Frauenarzt betreut werden, besteht die Möglichkeit, das Thema Stillen ganz gezielt anzusprechen und die Problematik im Vorfeld zu klären. Auch in diesem Fall ist Fachwissen des Frauenarztes gefordert.

**Unterstützung beim Anlegen**

Keine Unterstützung beim Anlegen direkt nach der Geburt erhielten 10% der Mütter, im weiteren Verlauf geben dies noch 5% der Frauen an. Hier stellt sich die Frage, warum den Müttern keine Unterstützung angeboten wurde. Es wäre wünschenswert, dass jede Mutter das Hilfsangebot bekommt und die Geburtsbetreuer sich vorher absprechen, wer die Mutter beim Anlegen unterstützen wird (Arzt, Schwester, Hebamme, Laktationsberater).

Die Stillberaterin hilft beim Anlegen direkt nach der Geburt mit 1%, im weiteren Verlauf mit 8%. Da die Rate der Stillkomplikationen mit 64% angegeben wurde, wäre eine häufigere Unterweisung durch die Stillberaterin wünschenswert.

**Qualität der Klinikbetreuung**


\(^{16}\) Die Studie „Stillverhalten in Bayern“ zeigt ein ähnliches Ergebnis. Der Arzt wurde hier nur zu 2% genannt.
Nicht gefallen hat einigen Müttern die schlechte Kommunikation zwischen Kinderklinik und Entbindungsstation. In regelmäßigen Besprechungen der beiden Abteilungen untereinander könnten Standards erarbeitet werden.

Angebote nach Klinikentlassung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mütter gut über die Angebote informiert sind, die ihnen nach Entlassung aus der Klinik zur Verfügung stehen. Diese Angebote werden jedoch nur wenig in Anspruch genommen. Es stellt sich die Frage, ob die Informationen zu den Angeboten ausreichend waren und ob die Frauen über die Vorteile bei Nutzung genügend aufgeklärt wurden. Auch wäre es notwendig, dass die betreuenden Berufsgruppen außerhalb der Klinik über die Angebote informiert sind und diese an die Mütter weitergeben können.

Stillkomplikationen


Soziale Benachteiligung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass sozial benachteiligte Frauen seltener und kürzer stillen als nicht sozial benachteiligte. Gerade diese eher versorgungsferne Gruppe benötigt einen erhöhten Unterstützungsbedarf und vermehrte medizinische Überwachung. Ein Versorgungsnetzwerk, welches zu jedem Zeitpunkt zugänglich ist, könnte diese Risiko-
gruppe zu jederzeit einbinden und die Stillbereitschaft und Stilldauer der Mütter positiv beeinflussen.

Gesundheitsverhalten


Zusammenfassend könnten vernetzte Zusammenarbeit und Kommunikation und eine lückenlose Informationsübermittlung an alle Leistungsanbieter über den gesamten Zeitraum der Schwangerschaft und Stillzeit sich positiv auf die Stillbereitschaft und Stilldauer der Mütter auswirken.

Im Folgenden wird ein möglicher Vertrag im Rahmen der Integrierten Versorgung unter dem „Dach“ eines MVZ vorgestellt, der den Aspekt der Stillförderung näher beleuchtet.
5.2 Konzept für integrierte Stillförderung

Ziel eines MVZ ist die Versorgung der Patienten „unter einem Dach“. In dem vorliegenden Modell (Abb.26) kooperieren drei Ärzte miteinander: Allgemeinarzt, Frauenarzt und Kinderarzt.\textsuperscript{17}

\textsuperscript{17} Es bestehen in Deutschland bereits vereinzelt Medizinische Versorgungszentren, die einen ähnlichen Ansatz verfolgen. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (2007) existieren fünf MVZ, in denen die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin kooperieren (Stand August 2007).
Integrierte Stillförderung


Die Krankenkasse schließt mit einigen Leistungsanbietern des MVZ einen Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V (Abb.26).


\textsuperscript{18} Anmerkung d. Verfasserin: Der Hausarzt übernimmt die „Lotsenfunktion“ im Gesundheitssystem und ist in der Regel der wichtigste und erste Ansprechpartner bei allen gesundheitlichen Problemen. Damit nimmt er eine zentrale Rolle in der medizinischen Versorgung ein.

Haben die Versicherten die Teilnahme an der Integrierten Versorgung erklärt, gewährt die Krankenkasse einen Bonus. Dies könnte in Form einer Prämie oder eines Zuzahlungsnachlasses erfolgen. Vorstellbar als Bonus wäre ein Gutschein für Kinderbekleidung oder für eine gesundheitsbildende Maßnahme wie beispielsweise der Besuch einer medizinischen Fitnesseinrichtung. Letztendlich soll jedoch die Qualität der Versorgung die Patienten überzeugen, sich für eine integrierte Versorgungsform zu entscheiden.


Informationen zum Stillen sollte der behandelnde Frauenarzt schon von Anbeginn der Schwangerschaft geben. Er könnte die Einstellung der werdenden Mütter zu diesem

Die Mütter sind von Beginn der Schwangerschaft bis zu einem gewissen Alter des Kindes in eine Behandlungskette eingebunden, die Ansprechpartner befinden sich an einem Ort / „unter einem Dach“. Das erspart Zeit, verringert Hemmschwellen, baut Vertrauen zu den Leistungserbringern auf und sichert eine hohe Qualität der Behandlung.
6 Zusammenfassung und Fazit

„Zusammenkunft ist ein Anfang.
Zusammenhalt ist ein Fortschritt.
Zusammenarbeit ist der Erfolg."

(Henry Ford, 1863 – 1947)

Die Ergebnisse der Studie QuaSti zeigen, dass sich das Konzept der stillfreundlichen Klinik bewährt hat und sich positiv auf Stilldauer und Stillbereitschaft der Mütter auswirkt.

Im Vergleich zu älteren Studien wurde eine deutliche Zunahme der Stilldauer und Stillbereitschaft der Mütter nachgewiesen. Über 80% der Interviewten waren mit der Betreuung durch die Mitarbeiter der Klinik sehr zufrieden und würden die Klinik auf jeden Fall für eine Entbindung weiter empfehlen.


Die Defizite und Schwachstellen in der Versorgung sind möglicherweise auf die Schnittstellenproblematik der einzelnen Leistungserbringer zurückzuführen, insbesondere beim Übergang vom ambulanten zum stationären Bereich und zurück sowie vom ärztlichen Bereich zu den nichtärztlichen Leistungserbringern. Die Sichtbarkeit der ambulanten Ärzte ist kaum vorhanden, Hebammen und Pflegekräfte scheinen bedeutsamer zu sein.

Bei den Übergängen zwischen den Sektoren kommt es zu Informationsverlusten. Die Ursache könnte die mangelnde Kommunikation und Kooperation der einzelnen Leistungserbringer untereinander sein, aber auch fehlendes Fachwissen.
Das vorgestellte Konzept einer integrierten Stillförderung vernetzt alle an der Behandlung Beteiligten miteinander. Eine gute Zusammenarbeit würde

- einen besseren Informationsstand der Frauen über den gesamten Zeitraum der Schwangerschaft und Stillzeit (Stillwissen, Angebote vor und nach der Geburt) ermöglichen

- die Qualität der Klinikbetreuung verbessern (Konsistenz)

- auftretende Stillkomplikationen rechtzeitig identifizieren und behandeln

- das Gesundheitsverhalten der Frauen bei Beginn der Schwangerschaft positiv beeinflussen (Raucherinnen)

- eine intensive Betreuung von Risikogruppen ermöglichen (sozial Benachteiligte).

Somit könnte vorzeitiges Abstillen vermieden werden und eine höhere Stillquote erreicht werden.


Wie diese Arbeit am Beispiel der Stillförderung zeigt, könnten Gesundheitsförderung und Prävention in integrierte Versorgungsformen eingebunden werden. Durch Vernetzung und gute Zusammenarbeit professioneller Teams kann die Qualität in der Versorgung zukünftig verbessert werden.
7 Literatur


http://www.sozialpolitik-aktuell.de/docs/Lebenslagen%20in%20Deutschland_Bericht.pdf (15.05.2007)


http://www.babyfreundlich.org/fileadmin/stillfreundlich.de/Material/Krankenhaussuche/Adressen_Babyfreundliche_KH_PLZ.pdf (08.08.2007)

http://www.bfr.bund.de/cm/207/empfehlungen_zur_stilldauer.pdf (01.07.2007)


http://www.glossargesundheit.de/glossar/pdf/glossar_effizienz_im_gesundheitswesen.pdf (02.08.2007)


Kersting M./ Dulon M. (2002). Fakten zum Stillen in Deutschland – Ergebnisse der SuSe-Studie, Monatsschrift Kinderheilkunde 150, 1196-1201


http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVEDSy


http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurzf95.pdf (25.07.2007)


http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf (15.07.2007)

http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%Dcbersicht/Kurzfassung.pdf (23.07.2007)

http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_v.htm (20.07.2007)


Eidesstatliche Erklärung

8 Eidesstatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Uelzen, 03.09.2007

Ulrike Lüttmann
9 Anhang

Demografiefragebogen…………………………………………………………………………I
Fragebogen, Seite 1…………………………………………………………………………II
Fragebogen, Seite 2…………………………………………………………………………III
Fragebogen, Seite 3…………………………………………………………………………IV
Fragebogen, Seite 4…………………………………………………………………………V
Fragebogen, Seite 5…………………………………………………………………………VI
<table>
<thead>
<tr>
<th>Erhebungsdatum</th>
<th>Datum Entlassung</th>
<th>Interviewer/in</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mutter</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Name</td>
<td>Vorname</td>
<td>Alter</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Telefons</td>
</tr>
<tr>
<td>Adresse</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Straße &amp; Nr</td>
<td>PLZ</td>
<td>Ort</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Stadtteil</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Neugeborenes</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vornname</td>
<td>Mädchen</td>
<td>Erstgeburt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Jungen</td>
<td>Geschlecht</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Vornname (Zwilling)</td>
<td>Jungen</td>
<td>Datum Geburts</td>
</tr>
<tr>
<td>Familie</td>
<td>verheiratet</td>
<td>alleinstehend</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>unverheiratet</td>
<td>Gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>Persons im Haushalt</td>
<td></td>
<td>Kindern</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schule</th>
<th>Ausbildung, Job</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abitur, Fachhochschulabegg</td>
<td>Fachschule, Lehre</td>
<td>Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>mittlere Reife, Hauptschulabschluss</td>
<td>Lehre, ohne Ausbildung abschluss</td>
<td>Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Ohne Abschluss, Other...</td>
<td>Fachschule, Schule</td>
<td>Keine Erwerbstätigkeit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geld</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sozialhilfe</td>
<td>Lohn, Gehalt</td>
<td>Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslosengeld</td>
<td>Nebenwerdienst</td>
<td>0 - 500 €</td>
</tr>
<tr>
<td>Erziehungsgeld</td>
<td>Other...</td>
<td>1.401 - 1.800 €</td>
</tr>
<tr>
<td>501 - 800 €</td>
<td>1.801 - 2.200 €</td>
<td>&gt; 3.001 €</td>
</tr>
<tr>
<td>601 - 1.100 €</td>
<td>2.201 - 2.600 €</td>
<td>&gt; 4.001 €</td>
</tr>
<tr>
<td>1.101 - 1.400 €</td>
<td>2.601 - 3.000 €</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Land</th>
<th></th>
<th>Anwohnheitsdauer in D Jahren</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deutsch</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicht D, in D aufgewachsen</td>
<td>Deutsch, Türkisch</td>
<td>Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Other...</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Guten Tag, mein Name ist Nina Egger, ich bin Studentin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Wir führen eine Befragung zum Thema Stillen und Stillunterstützung durch. Sie haben sich bei der Aufnahme/ Anmeldung in das Klinikum Nord, Heidelberg, zu Ihrer Geburt bereits erklärt, an einer telefonischen Befragung zu Ihren persönlichen Erfahrungen teilzunehmen. Damit tragen Sie dazu bei, dass sich die Situation stillender Frauen verbessert.

Haben Sie dafür etwa 30 Minuten Zeit oder wollen wir einen anderen Termin vereinbaren?

Ihre Antworten werden natürlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Ja...       Nein ... können wir einen anderen Termin vereinbaren?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ist es richtig, dass Ihr Kind heißt?</th>
<th>Willi</th>
<th>Ist das ein Mädchen oder ein Junge?</th>
<th>0</th>
<th>Mädchen</th>
<th>0</th>
<th>Junge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hatten Sie eine ambulante Geburt?</td>
<td>Ja</td>
<td>Hatten Sie eine Beleghebamme (nicht im Krankenhaus ангestellt)?</td>
<td>Ja</td>
<td>Nein</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wie lange waren Sie in der Klinik?</td>
<td>3</td>
<td>Tage</td>
<td>Stunden</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wie haben Sie Willi geboren?</td>
<td>zunächst geplante Hausgeburts, dann Klinikbehandlung</td>
<td>3050 Gramm</td>
<td>In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie Willi geboren?</td>
<td>36</td>
<td>Woche</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Mehrfachnennungen möglich)</td>
<td>natürliche Geburt ohne Erleichterung</td>
<td>• Allgemein oder geburtshilfliche Komplikationen</td>
<td>• Feinheit oder Nabelschnurabrisse</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Warum haben Sie nicht gestillt?</td>
<td>Mein Kind wollte nicht an die Brust</td>
<td>• Ich habe keine Milch</td>
<td>• Krankheitsbedingte Gründe der Mutter</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ich hatte keine Milch</td>
<td>• Krankheitsbedingte Gründe des Kindes</td>
<td>• Other...</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Stillen Sie zur Zeit?

- Ja
- Ich gebe abgepumpte Milch mit der Flasche
- Nein, ich habe abgestillt
- Nein, habe dieses Kind nicht gestillt

Wie lange haben Sie voll gestillt?
Wie lange haben Sie insgesamt gestillt?

Welche Gründe führten zu diesem Entschluss? (offene Frage)
### Anhang III

#### 2. Wie wird Willsi zurzeit ernährt?
- Ich stelle voll
- Ich stelle und füttere zu:
  - Flaschen
  - Pre-nahung
  - 1-er Nahnung
  - Obst/Gemüse

#### 3. a) Wie lange wollen Sie voll stille?
- Bis das Kind [ ] Wochen
- bzw. [ ] Monate alt ist
- [ ] 3 Monate alte ist

#### 3. b) Wie lange haben Sie voll gestillt?
- Bis das Kind [ ] Wochen
- bzw. [ ] Monate alte war

#### 4. Wie lange möchten Sie insgesamt stille?
- Bis das Kind [ ] Wochen bzw. [ ] Monate alt ist

#### 5. Welche Gründe führten zum Abstellen? (offene Frage; Mehrfachnennungen möglich)
- Ich wollte von vorne herein nicht länger stille
- Mein Kind wollte nicht länger
- Ich hatte nicht genug Milch
- Ich war unsicher, ob das Kind genug Milch bekommt
- Ich habe eine Brustentzündung
- Der Arzt hat mir dazu geraten

#### a) Nimmt Willsi einen Schnuller?
- Ja
- Nein

#### b) Haben Sie vorherige Kinder gestillt?
- Ja
- Nein

#### 6. Wann haben Sie den Entscheidungs gesagt, zu stillen?
- [ ] schon vor der Schwangerschaft immer fest
- [ ] während der Schwangerschaft
- [ ] im Krankenhaus

#### 7. Hatten Sie das Gefühl, im Krankenhaus zum Stillen, jetzt mal in Anführungsstrichen, „überredet“ worden zu sein?
- Ja, ich wurde überredet
- Nein, ich wurde überzeugt

#### 8. Haben Sie sich vor der Geburt über das Thema Stillen informiert?
- Nein, es gibt wichtige Themen
- Ja, und zwar...
  - Broschüren
  - Geburtsshelferin
  - Hebammen
  - Freundinnen
  - Other...

#### 9. Wurden Sie während der Schwangerschaft, also bevor Sie zur Geburt in die Klinik gefangen sind, von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Krankenhauses über das Stillen informiert?
- Nein, war nicht nötig
- Ja

#### 10. Worüber wurden Sie zum Thema Stillen während Ihres Aufenthalts vom Krankenhaus informiert? War diese Information für Sie ausreichend? (offene Frage)
- [ ] wollte ich nicht / war nicht nötig
- [ ] habe keine Information erhalten

**Information über**
- Vorteile des Stillens
  - [ ] ausreichend
  - [ ] nicht ausreichend
- Nachteile des Stillens
  - [ ] ausreichend
  - [ ] nicht ausreichend
- Dauer
  - [ ] ausreichend
  - [ ] nicht ausreichend
- Ansprechpartner/-möglichkeiten bei Problemen
  - [ ] ausreichend
  - [ ] nicht ausreichend
- Sonstiges
  - [ ] ausreichend
  - [ ] nicht ausreichend

#### 11. Über welche anderen Themen hätten Sie sich mehr Informationen vom Krankenhauspersonal gewünscht?
# Anhang IV

### 12 Wann haben Sie Willi (direkt nach der Geburt) das erste Mal angelegt?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nach 30 Minuten oder nach 12 Stunden</td>
<td>☐ Weiß nicht</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 13 Ist Ihnen das erste Anlegen gezeigt worden?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ja von Hebamme</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Nein, nicht nötig</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 14 Erhielten Sie später weitere Unterstützung beim Anlegen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ja von Hebamme</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Nein, nicht nötig</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 15 Wie zufrieden waren Sie mit der Stillbetreuung im Krankenhaus?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Vollkommen zufrieden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Mittelmäßig zufrieden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Weniger zufrieden</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Unzufrieden</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 16 Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung während Ihres Klinikaufenthalts mit dem Folgenden?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Freundschaftlich</td>
<td>Vollkommen zufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Einladungsmöglichkeiten</td>
<td>Mittelmäßig zufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Praktische Hilfestellung</td>
<td>Weniger zufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Offenheit gegenüber Fragen</td>
<td>Unzufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Verständlichkeit der Erklärungen</td>
<td>Vollkommen zufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Übereinstimmung der Informationen</td>
<td>Mittelmäßig zufrieden</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Genügend Zeit des Personals</td>
<td>Weniger zufrieden</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 17 Hat Ihnen im Krankenhaus etwas besonders gut gefallen?

### 18 Hat Ihnen etwas nicht gefallen, waren Sie mit etwas unzufrieden?

### 19 Würden Sie einer guten Freundin das Klinikum Nord, Heidelberg für eine Geburt empfehlen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ja, auf jeden Fall</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Nein, auf gar keinen Fall</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ja, wenn... Ja, auf jeden Fall</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 20 Warum haben Sie sich für das Klinikum Nord, Heidelberg entschieden?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Nähe</td>
<td>Empfehlung</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Kinderklinik im Haus</td>
<td>Stillbetreuung</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Other...</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 21 Waren Sie im Krankenhaus jederzeit/24 Stunden am Tag mit Willi zusammen?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ja, neu</td>
<td>Kind oder Mutter auf Intensivstation waren</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Nein, weil</td>
<td>Kind unnütz war / geschrieben hat</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ ruhig war / Ruhe brauchte</td>
<td>Mutter erschöpft war / Ruhe brauchte</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Other...</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Weiß nicht</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 22 Über welche Angebote, die Ihre Klinik nach dem Aufenthalt macht, waren Sie informiert?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Option</th>
<th>Daten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ich habe keine Information bekommen</td>
<td>☐ informiert</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ich habe nicht andere Angebote benötigt</td>
<td>☐ genutzt</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ich habe Informationen bekommen über</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stillberatung</td>
<td>☐ informiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Stillhotline</td>
<td>☐ genutzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Rückbildungsgymnastik</td>
<td>☐ informiert</td>
</tr>
<tr>
<td>Babyschwimmen</td>
<td>☐ genutzt</td>
</tr>
<tr>
<td>Babymassage</td>
<td>☐ informiert</td>
</tr>
<tr>
<td>andere:</td>
<td>☐ genutzt</td>
</tr>
</tbody>
</table>
23a Es gibt ja nicht nur Angebote von Seiten des Krankenhauses. Welche anderen Beratungsangebote, Informationsquellen und -personen (auch im privaten Umfeld) haben Sie anschließend bezüglich des Stillens in Anspruch genommen? (offene Frage, in Tabelle eintragen)

☐ Keine, ich hatte keinen Bedarf
☐ Keine, ich hatte gerne welche gehabt

b Waren die genannten Beratungsangebote, Informationsquellen und -personen für Sie nützlich oder hilfreich? (genannten einzeln wiederholen und in Tabelle eintragen)

c Standen Ihnen weitere Angebote zur Verfügung, die Sie aber nicht in Anspruch genommen haben? (offene Frage)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anbieter/in</th>
<th>a</th>
<th>b</th>
<th>c</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hebammen</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mutterschaft/Gesundheitsamt</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stillberatung/Stillberatung</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frauenärztin</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kinderärztin</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Partner</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mutter</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Schwester, Schwägerin</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Freund(innen)</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonst.</td>
<td>☒</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

24 Wo sehen Sie allgemein Vor- und Nachteile des Stillens? (offene Frage, Mehrfachnennungen möglich)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorteile</th>
<th>Nachteile</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐ Ich sehe keine</td>
<td>☐ Ich sehe keine</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ Mutter-Kind-Bindung</td>
<td>☒ Schmerzen</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ Kindergesundheit</td>
<td>☒ Abhängigkeit, Gebundenheit ans Kind</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ Müttergesundheit</td>
<td>☒ Kind schläft nicht durch</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ Immer verfügbar, Zeitaufwand gering, bequem/praktisch</td>
<td>☒ eingeschränkter Lebens- und Ernährungsstil</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ geringer Kostenaufwand</td>
<td>☒ Körperliche Veränderung bei Mutter</td>
</tr>
<tr>
<td>☒ Other...</td>
<td>☒ Other...</td>
</tr>
</tbody>
</table>

25 Wie lange ist es Ihrer Meinung nach gut, ein Kind zu stillen? (offene Frage, Mehrfachnennungen möglich)

☐ Weiβ nicht
☐ Gar nicht
☐ Zeitangabe
☐ Bis das Kind nicht mehr mag
☐ Solange Mutter und Kind sich wohl fühlen
☐ Other...

26 Wie häufig sollte ein neugeborener Säugling am Tag (24 Stunden) angelegt werden? (offene Frage, Mehrfachnennungen möglich)

☐ Nach Bedarf des Kindes
☐ Anzahl pro Tag
☐ Wenn die Brust voll ist
☐ Zeitintervall
☐ Other...

27 Kennen Sie unterschiedliche Stillpositionen?

☐ Nein   ☐ Ja □ Welche Stillpositionen kennen Sie? (Beschreibungen zählen)

28 Kann eine stillende Mutter etwas tun, ...

☐ ... wenn sie das Gefühl hat, zuwenig Milch zu haben?
□ Ja, nämlich
□ Nein, nichts

☐ ... um bei einer Trennung von ihrem Kind die Milchproduktion aufrecht zu erhalten?
□ Ja, nämlich
□ Nein, nichts

☐ ... wenn die Brust übermäßig ist?
□ Ja, nämlich
□ Nein, nichts
29a Sind bei Ihnen stillschwierigkeiten (-probleme, -komplikationen) aufgetreten?
- Ja
- Nein

Welche?  c Wann sind das erste mal aufgetreten?  d Was haben Sie getan?

Von wem haben Sie Unterstützung erhalten? (offene Frage, mehrere Antworten möglich, in Tabelle eintragen)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Stillschwierigkeiten (genannt)</th>
<th>Auftreten (Alter d. K.)</th>
<th>Maßnahmen</th>
<th>Unterstützung von</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Milchstau</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Brustentzündung</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Wunde Brustwarzen</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Zu wenig Milch</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Zu viel Milch</td>
<td>T W M</td>
<td>Pumpen</td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich musste pumpen</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
<tr>
<td>Other...</td>
<td>T W M</td>
<td></td>
<td>Hebamme, Frauenarzt, Stillberaterin, Other...</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer Person:

30 Würden Sie ein weiteres Kind (auch) stillen?  - Ja  - Nein

31 Wie groß sind Sie?
- Größe: 170 cm
- Wie ist Ihr aktuelles Körpergewicht?
- Masse: 60 kg
- BMI: 20.761

32 Rauchen Sie zurzeit?
- Nein
- Ja

Wie viele Zigaretten o. Ä. rauchen Sie durchschnittlich am Tag?
- Anzahl
- Weniger als 1 Zigarette pro Tag

Wir haben noch 2 Fragen zu Ihrem Anmeldebogen, der nicht ganz komplett ist. Darf ich die noch kurz stellen?

Wir sind am Ende des Interviews. Vielen Dank für die Zeit, die Sie sich genommen haben. Wir hoffen, dass wir mit Ihrer Hilfe zu interessanten Ergebnissen kommen können und damit helfen können, die Betreuung für junge Familien zu verbessern. Danke nochmals und Tschüß.

Interviewsdauer: 20 Min

Anmerkungen: