

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheit

**Evaluation von Seminaren zur Gesundheitsförderung im
Rahmen ärztlicher Weiterbildung**

Stillen für Ärzte - Evidence based kontra Ideologie

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 26.01.2006

Vorgelegt von: Viola Ehrhardt
Grotelerweg 63
21075 Hamburg

Matrikelnummer: 1584400

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. D. Krüger

Zweite Prüfende: Dipl. Gesundheitswirtin E. Peters

Inhaltsverzeichnis

	Abstract	1
1	Einleitung	2
2	Hintergrund	4
2.1	Bedeutung des Stillens	4
2.1.1	Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit und Entwicklung des Kindes	4
2.1.2	Mütterliche Vorteile	7
2.1.3	Praktische, ökologische und ökonomische Vorteile	8
2.2	Nachteile des Stillens	9
2.3	Stillhindernisse	10
2.3.1	Kindliche Stillhindernisse	10
2.3.2	Mütterliche Stillhindernisse	10
2.4	Aspekte der Frühfütterung	11
2.5	Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten	12
2.6	Stillförderung	14
2.6.1	Warum ist Stillförderung so wichtig?	14
2.6.2	Warum ein Ärzte-Seminar zum Thema Stillen?	19
2.7	Ziele des Verbands Europäischer Laktationsberaterinnen	22
3	Ausgangssituation zum Ärzte-Seminar	23
4	Methodik	27
4.1	Befragung zu den Seminar-Inhalten	27
4.1.1	Ziel	27
4.1.2	Studiendesign	28
4.1.3	Datenerhebung	28
4.1.4	Datenschutz	30
4.1.5	Fragebogenentwicklung	30
4.1.5.1	Fragebogen Eingangsbefragung	30
4.1.5.2	Fragebogen Nachbefragung und Kontrollgruppenbefragung	31
4.1.6	Umgang mit den Daten	33

4.2	Teilnehmer-Bewertung des Ärzte-Seminars	34
4.2.1	Ziel	34
4.2.2	Studiendesign	34
4.2.3	Datenerhebung	34
4.2.4	Datenschutz.....	35
4.2.5	Fragebogenentwicklung.....	35
4.2.6	Umgang mit Daten	35
5	Ergebnisse	37
5.1	Befragung zum Erkenntnisgewinn.....	37
5.1.1	Eingangsbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe.....	37
5.1.2	Nachbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe	39
5.1.3	Befragung der Teilnehmer der Kontrollgruppe.....	41
5.1.4	Identische Fragen	44
5.2	Bewertung des Seminars durch die Teilnehmer	48
6	Diskussion	50
6.1	Methoden	50
6.1.1	Befragung zu den Seminar-Inhalten (Prozessevaluation)	50
6.1.1.1	Fragebogengestaltung	51
6.1.2	Teilnehmer-Bewertung des Ärzte-Seminars	52
6.1.2.1	Fragebogengestaltung	53
6.1.3	Datenverarbeitung	53
6.2	Befragung zum Seminar-Inhalt (Ergebnisevaluation).....	53
6.3	Bewertung des Seminars durch die Teilnehmer	59
7	Handlungsempfehlungen	61
8	Zusammenfassung	63
9	Literaturverzeichnis.....	65
10	Anhang	75
11	Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“	15
Abbildung 2: Ergebnisse der Eingangsbefragung	38
Abbildung 3: Ergebnisse der Nachbefragung	39
Abbildung 4: Häufigkeit der Gespräche übers Stillen mit den Patienten sowohl bei der Kontrollgruppe als auch das Ergebnis bei der Nachbefragung der Interventionsgruppe.....	40
Abbildung 5: Häufigkeit der Anwendung der Seminarinhalte bei der täglichen Arbeit in der Nachbefragung der Interventionsgruppe.....	41
Abbildung 6: Ergebnisse der Kontrollgruppenbefragung	42
Abbildung 7: Ergebnisse: Stillen nach Vollnarkose	44
Abbildung 8: Ergebnisse: Kontraindikationen zum Stillen	45
Abbildung 9: Ergebnisse: Ernährungsempfehlung für Stillende.....	46
Abbildung 10: Ergebnisse: Inhalte der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“	46
Abbildung 11: Ergebnisse: Empfehlungen zur Stilldauer.....	47
Abbildung 12: Ergebnisse der Bewertung des Seminars	48

Abstract

According to a representative German study of breastfeeding and nutrition of babies (SuSe-study) which was made between 1996 and 1998, the percentage of mothers willing to breastfeed was 90%, but only 33% still exclusively breastfed their children at the age of four months and still fewer mothers (only 10%) exclusively breastfed their six-months-old children. In view of the currently recommended period of six months of exclusive breastfeeding by WHO and UNICEF as well as diverse advantages for the mother's and her child's health and the health care system itself these results show the necessity of action.

It is widely held in the international literature that the mother's decision to breastfeed depends on the opinion of health care professionals, especially gynaecologist's, already during her pregnancy. The success of exclusively breastfeeding for six months also depends on the encouragement young mothers receive in maternity clinics.

By analysing and evaluating several questionnaires answered by 52 doctors who participated in the advanced training "Breastfeeding - evidence based contra ideology" before and three to four months after the intervention an increasing knowledge is discernible. It is obvious that such further education for doctors is useful to increase their knowledge so that they are perfectly qualified to give expectant mothers advice on how to breastfeed and make them aware of various advantages.

In order to allocate consulting resources more effectively appropriate concepts have to be developed and promoted. Nevertheless an interdisciplinary co-operation between institutions looking after mother and child are absolutely necessary.

1 Einleitung

Stillen bzw. Säugen ist evolutionsgeschichtlich älter als die Menschheit und ist für die Erhaltung vieler Arten lebensnotwendig. Es ist als komplexes Geschehen zu sehen und ist keinesfalls biologisch festgelegt. Das Stillen eines Säuglings ist zeitlich flexibel und anpassungsfähig bezüglich der kindlichen Bedürfnisse. Es ist aber auch ebenso anfällig für Störungen medizinischer und psychosozialer Ursache. Es findet ein ständiger variabler Austausch mit sozio-kulturellen Überlagerungen und gesellschaftlichem Interesse statt.

Ausschließliches Stillen während der ersten sechs Monate sichert eine optimale Ernährung, eine gesunde Entwicklung und ausreichendes Wachstum eines Säuglings. Eine optimale Ernährung ist sowohl für die Lebenserwartung als auch für die Gesundheit im Laufe des Lebens relevant. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), UNICEF, die Nationale Stillkommission, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und die Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin empfehlen, dass alle Kinder in den ersten sechs Monaten ausschließlich und danach mit geeigneter Beikost weiter gestillt werden sollen so lange Mutter und Kind dies wünschen.

Obwohl 91% der jungen Mütter in den Entbindungskliniken mit dem Stillen beginnen, ist bereits zum Zeitpunkt der Entlassung, etwa am fünften Tag nach der Geburt, ein Rückgang auf 86% zu verzeichnen. Wie die Studie zum Stillen und zur Säuglingsernährung (SuSe-Studie, 2000) weiter darlegt, werden 33% der Kinder im Alter von vier Monaten und nur 10% der sechs Monate alten Kinder in Deutschland noch ausschließlich gestillt. Noch geringere Stillquoten für vier Monate alte Säuglinge werden in Großbritannien (28%) und Italien (26%) verzeichnet. In skandinavischen Ländern wird schon seit vielen Jahren in Entbindungseinrichtungen, in der Nachsorge, im öffentlichen Gesundheitswesen sowie in Selbsthilfegruppen, also auf breiter Basis, das Stillen gefördert, was eine weitaus höhere Zahl der ausschließlich gestillten Kinder zur Folge hat (Zetterström, 1999). In Schweden wurden z.B. 1999 im Alter von vier Monaten noch 69% der Säuglinge ausschließlich gestillt (Hormann u. Scherbaum, 2003).

Aufgrund der geringen Stillquote in Mitteleuropa und den vielseitigen wissenschaftlich belegten auch längerfristigen Vorteile des Stillens, ist dringender Handlungsbedarf zur Förderung des Stillens erforderlich. Das Stillen sollte als ein gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges betrachtet werden.

Im ersten Abschnitt der vorliegende Diplomarbeit werden die grundlegenden Hintergründe zum Thema Stillen wie die Vorteile des Stillens, Aspekte der Frühfütterung sowie der Notwendigkeit der Stillförderung und der Durchführung eines Ärzte-Seminars beschrieben.

Der zweite Abschnitt dieser Arbeit befasst sich mit der Evaluation von Seminaren zur Stillförderung für Ärzte. Nach der Beschreibung zum Vorgehen dieser Evaluation erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der Vorher-Nachher-Befragung und der Kontrollgruppen-Befragung sowie der Bewertung des Seminars durch die Seminar-Teilnehmer. Als Grundlage dazu dienen die aus beantworteten Fragebögen ermittelten Daten. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse diskutiert und abschließend entsprechende Handlungsempfehlungen gegeben.

2 Hintergrund

Stillen bzw. Säugen ist die zentrale Überlebensstrategie der Säugetiere, ohne die unser Planet wahrscheinlich nicht mit dieser Artenvielfalt bevölkert wäre. Im Laufe der Evolution stellte sich die durch das Stillen bedingte physische Nähe von Mutter und Kind als eine wichtige Entwicklungskomponente heraus (Abou-Dakn, 2005). Das Stillen hatte damit einen entscheidenden Einfluss auf das Überleben eines Neugeborenen. In den heute hochentwickelten und hochtechnisierten Ländern ist das Stillen nicht mehr überlebensnotwendig, in den Entwicklungsländern bedeutet das Stillen aber sehr wohl noch die Sicherung des Überlebens (Przyrembel, 2001, S. 19). Als vor etwa 100 Jahren die Säuglingssterblichkeit in Deutschland mit über 25% extrem hoch war (aktuell ca. 1%), konnte es sich für einen Säugling als lebensentscheidend auswirken, ob er gestillt wurde oder nicht. Nach dem zweiten Weltkrieg nahm unter anderem aufgrund der Entwicklung von industriell hergestellter adaptierter Säuglingsmilch die Anzahl der stillenden Mütter immer weiter ab (Herber-Jonat, 2005). Trotz der in der Gesellschaft weit verbreiteten Möglichkeit der Flaschenfütterung bleibt das Stillen weiterhin die beste Art einen Säugling zu ernähren, wie man heute weiß. Stillen bietet einen optimalen Start ins Leben und ist einfach und praktisch. Statistisch gesehen können rein von der Anlage her 98% der Frauen ihr Kind stillen.

2.1 Bedeutung des Stillens

2.1.1 Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit und Entwicklung des Kindes

Durch ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten und angemessener, ergänzender Beikost im Anschluss an das erste halbe Jahr wird das Wachstum, die Entwicklung und die Gesundheit des Säuglings positiv beeinflusst (Cattaneo, 2004, S. 12).

„Stillen“ bedeutet nicht nur den Hunger des Säuglings zu stillen, sondern ebenso den Bedürfnissen nach körperlicher Nähe, Liebe und Zuwendung nachzukommen.

- Die Zusammensetzung und Menge der Muttermilch sind in den ersten sechs Lebensmonaten stets auf die Bedürfnisse des Säuglings zugeschnitten. Sie enthält unter anderem leicht verdauliches Eiweiß, leicht verwertbare ungesättigte Fettsäuren und ausreichend Vitamine (bis auf Vitamin D und Vitamin K) und Mineralien (Parlesak, 2003).
- Die in der Muttermilch enthaltenen Nährstoffe sind auf den kindlichen Bedarf abgestimmt. Die Zusammensetzung der Nährstoffe verändert sich im Verlauf der Laktationsdauer sowie einer Stillmahlzeit und bei Erkrankung der Mutter.
- In der Muttermilch sind zahlreiche Abwehrstoffe enthalten, so dass dem Neugeborenen ein wichtiger Infektionsschutz zugute kommt. Zum Zeitpunkt des Krabbelalters steigt der Anteil an immunologischen Faktoren in der Muttermilch wieder an, die dem Kind in seiner Erkundungsphase einen erhöhten Schutz bieten. Das Immunsystem des Säuglings reift im Laufe des ersten Jahres heran (Lutz, 2003, S. 352).
- Die Ernährung eines Säuglings mit Muttermilch senkt erheblich das Auftreten von Allergien durch Vermeidung des Kontaktes mit artfremdem Eiweiß. Als Allergieprävention ist das ausschließliche Stillen bis zum sechsten Lebensmonat besonders wichtig (Bader und Tsang, 2003).
- Gestillte Kinder erkranken seltener an Magen-Darm-Infekten, Harnwegsinfekten, Mittelohrentzündungen und Meningitis (Hanson, 1999).
- Gestillte Kinder erleiden im Laufe ihres Lebens seltener Zivilisationskrankheiten wie z.B. Herzinfarkt, Asthma und Neurodermitis.
- Kinder, die in den ersten drei Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden, erkranken seltener als nicht gestillte Kinder an einem insulinpflichtigen Typ-1-Diabetes (Borch-Johnson et al., 1984; Virtanen et al., 1991).
- Stillen hat einen protektiven Effekt hinsichtlich der Entstehung akuter Leukämie und anderer lymphoblastischer Erkrankungen (Davis, 1998).
- Stillen schützt vor der Entstehung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (Zwiauer, 2003).

- Gestillte oder mit abgepumpter Muttermilch ernährte Kinder (vor allem Frühgeborene) erkranken seltener an einer Nekrotisierenden Enterocolitis (entzündliche Erkrankung des Dünn- und Dickdarmes) (Lucas u. Cole, 1990).
- Stillen formt den Unterkiefer des Kindes und schützt vor Zahnfehlstellungen. Es hat einen positiven Einfluß auf die Entwicklung der Zungen-, Kiefer- und Gesichtsmuskulatur und fördert das richtige Schluckverhalten (Lutz, 2003, S. 358).
- Während des Stillens erfährt der Säugling einen intimen körperlichen Kontakt zur Mutter. Die dabei entstehenden Interaktionsmöglichkeiten spielen für den Aufbau des kindlichen Urvertrauens eine große Rolle (Lutz, 2003, S. 356).
- Die Anwesenheit der Mutter, die der Säugling während des Stillens wahrnimmt, hat eine beruhigende und angststillende Wirkung, was eine große Bedeutung für die Entwicklung von Zuneigung und die Sozialentwicklung hat (Lutz, 2003, S. 356).
- Muttermilch enthält Bausteine, die für die Entwicklung des Gehirns und des Nervensystems eine wichtige Rolle spielen.
- Stillen beugt Suchterkrankungen vor, da diese oft als Ersatzbefriedigungen eines erlittenen Mangels entstehen (Lauterbour-Rohla u. Lehnert-Arendt, 1999)
- Gestillte Säuglinge zeigen mehr Bereitschaft, neuartige Speisen zu kosten, als mit Muttermilchersatzprodukten ernährte Kinder (Mennella u. Beauchamp, 1996). Die Kinder sind schon durch die Muttermilch mit Geschmacksvariabilitäten konfrontiert worden.

Auch für Frühgeborene ist die Ernährung mit Muttermilch die beste Art der Ernährung. Die bereits beschriebenen Vorteile der Muttermilch und dem damit verbundenen Stillen sind für die gesamte Entwicklung eines Frühgeborenen von besonderer und wichtiger Bedeutung. Da das Magen-Darm-System dieser Kinder noch nicht ausgereift ist, stellt die Ernährung mit Muttermilch einen Schutzfaktor gegenüber der häufig bei Frühgeborenen auftretenden Nekrotisierende

Enterokolitis (NEC), sowie anderen Magen-Darm-Problemen dar. Zudem kommen so den extrem immunsupprimierten Kindern die dringend benötigten Abwehrkörper zugute. Da die Muttermilch oftmals nicht den sehr hohen Nährstoff- und Mineralienbedarf des Frühgeborenen deckt, können zusätzliche Nährstoffe und Mineralien zur Muttermilch zugeführt werden (Friese et al., 2000).

2.1.2 Mütterliche Vorteile

Stillen ist nicht nur für den Säugling von großem Vorteil, ebenso für die Mutter lassen sich viele Vorteile nachweisen. Den werdenden Müttern müssen neben den Vorteilen für die Gesundheit des Kindes auch ausdrücklich die langfristigen positiven Auswirkungen, von denen sie selbst durch das Stillen profitieren, nahegelegt werden (Huch, 2001, S. 26).

- Das Anlegen des Neugeborenen direkt nach der Geburt kann vor extremen vaginalen Blutungen nach der Geburt schützen (Perl, 2003).
- Stillen fördert eine problemlose Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt (Werner, 1992)
- Häufiges Stillen in den ersten Lebenstagen des Neugeborenen verbessert die Stimmung der Mutter, wodurch Wochenbettdepressionen unwahrscheinlicher werden (Unväs-Moberg et al., 1990).
- Stillen ermöglicht eine bessere Anpassung des Schlafrhythmus von Mutter und Kind, dadurch ergeben sich veränderte Schlafphasen, die trotz nächtlicher Unterbrechungen zu einem erholsameren Schlaf führen. Dies ist auch die beste Voraussetzung für eine längere Stillperiode (McKenna et al., 1990).
- Durch das Stillen wird eine mühelose Gewichtsreduktion nach der Geburt erreicht, vor allem bei ausschließlichen Stillen von mindestens fünf Monaten (Dorea, 19987; Greene et al., 1988; Haiek et al., 2001)
- Die während der Schwangerschaft angelegten Fettdepots werden durch das Stillen schneller wieder abgebaut (McKeown u. Record, 1957; Sidebottom et al., 2001). Dadurch treten Gewichtsprobleme seltener auf, was das Risiko für

die in diesem Zusammenhang stehenden Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen verringert.

- Je länger gestillt wird, desto geringer ist das Risiko an Brustkrebs, Eierstockkrebs, Multipler Sklerose und Osteoporose zu erkranken (Perl, 2003).
- Stillen hat zu 98% einen empfängnisverhütenden Effekt, bei einer täglichen Stillfrequenz von mindestens fünfmal zehn Minuten (Vorherr, 1981).

2.1.3 Praktische, ökologische und ökonomische Vorteile

Stillen ist nicht nur für die gestillten Kinder und stillenden Mütter gesundheitlich vorteilhaft sondern auch aus ökonomischer Sicht. Zudem ist es umweltfreundlich und kostengünstig.

- Muttermilch steht in der benötigten Zusammensetzung und Menge zur Verfügung, sobald sich das Stillen eingespielt hat.
- Stillen ist in der Regel immer und überall möglich.
- Muttermilch ist hygienisch einwandfrei.
- Kosten für industriell hergestellte Babynahrung sowie für das Zubehör entfallen (Krasselt u. Scherbaum, 2003).
- Das Einkaufen der Säuglingsnahrung erfordert erhebliche Organisation und Kosten.
- Die Mitnahme von Zubehör für die Zubereitung der Flaschenmilch ist z.B. auf Reisen nicht nötig.
- Die für Flaschennahrung erforderliche Zu-, Auf- und Nachbereitung entfällt (Krasselt u. Scherbaum, 2003).
- Bei der Produktion der Babynahrung werden große Mengen an Energie aber auch viele weitere Rohstoffe aufgebracht, zudem werden Transportwege benötigt und die Entsorgung der Verpackungen lässt den Müllberg wachsen. (Lauterbour-Rohla und Lehnert-Arendt, 1999)

- Wegen der niedrigen Erkrankungsraten der gestillten Kinder ergeben sich für diese Kinder geringere medizinische Behandlungskosten sowie der in diesem Zusammenhang stehenden indirekten Kosten, die sich aus z.B. Arbeitsausfall der Eltern, Betreuungskosten und Fahrtkosten ergeben (Krasselt u. Scherbaum, 2003).
- Durch die Verhinderung von Erkrankungen trägt das Stillen zu erheblichen Einsparungen im Gesundheits- und Sozialsystem bei (Hoey u. Ware, 1997; Montgomery u. Splett, 1997).

2.2 Nachteile des Stillens

Bei allen genannten Vorteilen des Stillen, gibt es dennoch Nachteile im Zusammenhang mit dem Stillen. Je nach individuellem Empfinden und Interpretation können sowohl die Vorteile als auch die Nachteile des Stillens unterschiedlich gewertet werden. So kann der zeitlich Aufwand, den das Stillen fordert, für Frauen mit mehreren Kindern und/oder Berufstätigkeit eine zu große zeitliche und körperliche Belastung darstellen. Zudem kann die Abhängigkeit des Kindes von der Erreichbarkeit der Mutter als unpraktisch gesehen werden. Das Füttern des Säuglings von anderen Personen kann von der Mutter als erhebliche Entlastung eingestuft werden, erfordert jedoch auch die Bereitschaft dazu von Seiten des Kindes wie auch der alternativ fütternden Person. Für berufstätige Mütter kann das täglich mehrmalige Abpumpen der Muttermilch über einen längeren Zeitraum als sehr belastend empfunden werden (Peters, E., 2002).

Die Belastung der Muttermilch mit Genußgiften und vermeindbaren Fremdstoffen wie Nikotin, Medikamenten, Alkohol und Drogen stellt für den kleinen Körper des Babys eine zu hohe unnötige Belastung dar. Anders sieht es für die Belastung der Muttermilch mit Umweltschadstoffen aus. Die zuvor im Fettgewebe gespeicherten fettlösliche Schadstoffe werden durch die physiologische Gewichtsabnahme während des Stillens wieder freigesetzt und in die Muttermilch abgegeben (Koletzko, 2004, S. 124). Diese allgemeine Schadstoffkonzentration hat sich jedoch in den letzten Jahren aufgrund ökologischer Einsichten und Maßnahmen verringert. Aufgrund der vielfältigen und unnachahmlichen Vorteile des Stillens ist eine Einschränkung der Stilldauer aus Gründen der Schadstoffbelastung der

Muttermilch nicht mehr gerechtfertigt (Schäfer, 2003; Koletzko, 2004; Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und Umweltbundesamt (UBA), 2005).

2.3 Stillhindernisse

2.3.1 Kindliche Stillhindernisse

Von Seiten des Kindes ist nur eine angeborene Stoffwechselstörung mit Milchunverträglichkeit, wie es z.B. bei Galaktosämie der Fall ist, als absolute und dauerhafte Kontraindikation zum Stillen und der Ernährung mit Muttermilch anzusehen (Huenges u. Krawinkel, 2003). Angeborene Fehlbildungen wie z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte oder Herzfehler, Erkrankungen wie Hyperbilirubinämie, Pneumonie, Sepsis oder Hirnblutungen können zwar das Stillen erschweren oder vorübergehend verhindern, die Ernährung mit Muttermilch ist jedoch keinesfalls kontraindiziert. Dies gilt ebenso für Kinder mit Morbus Down und Frühgeborene (Lutz, 2003, S. 375-7).

2.3.2 Mütterliche Stillhindernisse

Mütterliche Suchterkrankungen wie Drogenabhängigkeit und Alkoholismus, HIV-Infektionen in der westlichen Welt und Krebserkrankungen mit Chemotherapie stellen eine absolute und dauerhafte Kontraindikation zum Stillen dar. Lebensbedrohliche Erkrankungen, die eine intensivmedizinische Behandlung erfordern, stellen wegen der möglichen massiven Medikamentengabe ein Hindernis zum Stillen dar, zudem würde das Stillen eine zusätzliche mütterliche Belastung bedeuten. Bei Virusinfektionserkrankungen, wie Windpocken, Masern, Röteln und Zytomegalie, die während der Stillzeit auftreten, ist keine Unterbrechung oder kein Abbruch des Stillens erforderlich (Scherbaum, 2003). In der Muttermilch befinden sich die entsprechenden Antikörper, die dem Kind ausreichend Schutz gegenüber diesen Krankheiten bieten. Besteht bei der Mutter eine offene Lungentuberkulose, sollten Mutter und Kind voneinander isoliert werden, die Fütterung der Muttermilch ist jedoch nicht generell auszuschließen und muss im Einzelfall genau geprüft werden.

Probleme mit der Brust und/oder der Brustwarzen stellen im allgemeinen keine Kontraindikation zum Stillen dar. Vielfach können vorübergehend mit entsprechenden Hilfsmitteln, z.B. Stillhütchen aus Silikon bei Flach- und Hohlwarzen, die anfänglichen Schwierigkeiten überwunden werden (Lutz, 2003, S. 373-5 und Koletzko, 2004, S. 124). Der Gebrauch von diesen Hilfsmitteln sollte jedoch nur in Ausnahmefällen und nach ausführlicher Beratung erfolgen, da ansonsten die Gefahr der Reduktion der Milchmenge besteht, was sich leicht zum Abstillen führen kann (Guóth-Gumberger, Hormann, 2003).

Es gibt noch viele weitere Erkrankungen sowohl mütterlicherseits als auch von Seiten des Kindes, die nach den vielseitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen kein Stillhindernis darstellen oder bei denen nur eine vorübergehende Stillpause notwendig ist. Bei einer notwendigen Antibiotika-Behandlung ist bei genauer Auswahl eines geeigneten Medikamentes das Fortführen des Stillens ohne Einschränkungen möglich. Absolute Stillhindernisse sind jedoch selten. Aber auch emotionale Gründe können ein Stillhindernis darstellen.

2.4 Aspekte der Frühfütterung

Wie es bereits in den oberen Sozialschichten schon lange üblich war, wurde Anfang des 20. Jahrhunderts eine Erholungspause nach der Geburt für Mutter und Neugeborenes in die gängige Praxis übernommen. Da die Neugeborenen in den ersten 24 Stunden nach der Geburt vorwiegend schliefen und scheinbar nicht hungrig zu sein schienen, wurden die Säuglinge häufig erst 24 Stunden nach der Geburt zum ersten Mal angelegt. Erst in den 60er Jahren wurde dann das frühe Anlegen aber auch eine Frühfütterung empfohlen. Zweck des frühen Anlegens bzw. der Frühfütterung war die Vermeidung einer Azidose (Übersäuerung des Blutes) und Hypoglykämie (Unterzuckerung), weniger der positive Effekt des Anlegens auf die Mutter-Kind-Beziehung (von Stockhausen, 2002). Von Stockhausen beschreibt, dass diese Frühfütterung mit Glukose-Lösungen heutzutage immer noch gängige Praxis ist, bezieht sich dabei aber auf Quellen aus der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts (Chelius u. Ohlenroth, 1968; Schröter, 1979). Eine frühe, großzügige Zufütterung der Neugeborenen kann jedoch besonders bei wenig informierten und unentschlossenen Müttern die Stillrate und -dauer negativ beeinflussen. Mittels verschiedener Studien ist eine

signifikant höhere Stillrate und -dauer festgestellt worden, wenn die Neugeborenen keine zusätzliche Nahrung (Tee, Glukoselösung oder Milch) bekamen (von Stockhausen, 2002).

Von Natur aus ist die mütterliche Milch erst nach drei bis fünf Tagen verfügbar und damit an die Verdauungskapazität des Neugeborenen angepasst. Die Natur sieht somit keine zusätzliche Nahrungszufuhr in Form von Wasser, Tee, Glukose oder Formula-Nahrung vor. Da der Energieverbrauch und der Grundumsatz bei Neugeborenen in den ersten drei Tagen sehr gering ist, kann der Bedarf an Energie durchaus aus den Energiereserven des Neugeborenen (Glykogen und Fett) gedeckt werden. Im Extrazellulärraum befindet sich genügend Wasser, um den Wasserbedarf der ersten wenigen Tage zu decken (von Stockhausen, 2002). Nach F. Peters (1987) wird zwar das frühe Anlegen bereits im Kreißsaal wegen des immunologisch wichtigen Kolostrums für notwendig betrachtet, es wird jedoch auch eine Zufütterung mit 10%iger Glukoselösung empfohlen, da der Kohlenhydrat- und Flüssigkeitsbedarf des Neugeborenen allein durch die Muttermilch nicht gedeckt werden würde. Durch die physiologisch verzögerte Nahrungszufuhr nach der Geburt ist der postnatale Energie- und Wasserumsatz aber von Natur aus verringert. Eine unnötige Zufütterung kann einen grundsätzlich erhöhten Energie- und Wasserumsatz zur Folge haben, welcher sich nur schwer wieder reduzieren lässt. (Chessex et al., 1981; Coulter und Avery, 1980; Gentz et al., 1970).

2.5 Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten

Die Herstellerfirmen der Muttermilchersatzprodukte setzen massive Werbung ein, um junge Mütter von ihren Produkten zu überzeugen. Es werden kostenlose Proben an die potenziellen Kunden und Ärzte abgegeben. Teilweise wird durch die Werbung sogar eine unzureichende Ernährung durch ausschließliches Stillen suggeriert (Appel, 1998). Aufgrund dieser massiven Werbung ist es möglich, dass die Stilldauer erheblich kürzer ausfallen und entsprechend früher mit der Beikost begonnen wird (Peters, F., 1987). Um der Werbung für Muttermilchersatzprodukte entgegen zu wirken, hat die WHO einen „Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ verabschiedet, dessen Ziel es ist, „...zu einer sicheren und angemessenen Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder

beizutragen und zwar durch Schutz und Förderung des Stillens und durch Sicherstellung einer sachgemäßen Verwendung von Muttermilchersatznahrung, wo solche gebraucht wird. Dies soll auf der Grundlage entsprechender Aufklärung und durch eine angemessene Vermarktung und Verteilung erfolgen.“ (WHO, Artikel 1. Ziel des Kodex). Die aus diesem gesamten Internationalen Kodex resultierenden Gesetze wurden 1994 im Säuglingsernährungswerbegesetz (SNWG) für Deutschland verabschiedet. So wird z.B. in § 3 Abs. 2 des SNWG (Einschränkung der Werbung) geregelt, dass es verboten ist, mit Hilfe von „Kinderbilder[n] oder andere[r] Bilder, ausgenommen Zeichnungen zur leichteren Identifizierung des Erzeugnisses oder zur Illustration der Zubereitung, [...] oder durch einen bestimmten Wortlaut [der] den Gebrauch des Erzeugnisses idealisiert.“ (Satz 5), für Säuglingsnahrung zu werben. Ebenso dürfen die Verbraucher nicht „...durch Verteilung von Proben, Abgabe kostenloser oder verbilligter Erzeugnisse oder durch andere zusätzliche Kaufanreize, sei es direkt oder indirekt über in der Gesundheitsvorsorge tätige Institutionen oder Personen, zum Kauf an[ge]regt.“ werden (Satz 7). Es wird in § 5 zwar die Überwachung dieses SNWG geregelt, aber die Kontrolle zur Einhaltung dieser Bestimmungen fand bisher nur durch Non-Government-Organisations (NGO) statt, die jedoch keinerlei rechtliche Möglichkeit zur Verfolgung von Missachtungen haben (Cattaneo, 2004, S. 16).

Leider wurde weder das Gesundheitspersonal noch die Bevölkerung über die Regeln dieses Internationalen Kodexes und den daraus resultierenden Gesetzen ausreichend informiert, so dass deren Anwendung und Umsetzung noch immer nicht genügend praktiziert werden.

2.6 Stillförderung

2.6.1 Warum ist Stillförderung so wichtig?

„Gäbe es einen neuen Impfstoff, der jedes Jahr den Tod von einer Million oder mehr Kindern verhindern könnte, der zudem billig, sicher und oral zu verabreichen ist und keine Kühlkette benötigt, würde er sofort zur zwingenden Notwendigkeit für die öffentliche Gesundheit erklärt.“

Stillen vereint all dies und noch mehr, doch es braucht eine eigene funktionstüchtige Kette der Unterstützung – die sachkundige Betreuung der Mütter, um ihnen Zuversicht zu vermitteln, ihnen zu zeigen, was zu tun ist und sie vor schädlichen Praktiken zu bewahren. Wenn diese Kette der Unterstützung in einer Kultur verloren gegangen ist oder Schaden genommen hat, dann muss dies durch das Gesundheitswesen wieder gut gemacht werden.“

(The Lancet, 1994)

„Stillförderung und Stillberatung ist die kostengünstigste und effizienteste Präventivmaßnahme im Gesundheits- und Sozialbereich!“ (Nindl, 2005). Die Unterstützung, die Förderung und der Schutz des Stillens sind ein gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges in ganz Europa (Cattaneo, 2004, S. 10). Die Notwendigkeit der Stillförderung ist sogar in der UN-Kinderkonvention „Die Rechte des Kindes“ festgehalten. Sie ist als eine internationale, umfassende und gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen (Springer, Ausdruck vom 16.06.2005). Zur Unterstützung und Förderung des Stillens in den Entbindungskliniken, haben WHO und UNICEF die Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“ mit dem dazugehörigen Programm „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ entwickelt. Diese Schritte orientieren sich sowohl an der Praxis in den Krankenhäusern als auch an den Bedürfnissen der Mütter mit ihren Neugeborenen. Mit der Umsetzung des gesamten Programms fördert ein Krankenhaus aktiv das Stillen und wird von UNICEF als „Stillfreundliches Krankenhaus“ ausgezeichnet.

Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung haben, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen nahe gebracht werden.
2. Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass es diese Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllen kann.
3. Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.
4. Müttern ermöglichen, ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach der Geburt anzulegen.
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.
6. Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeiten noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, wenn es nicht aus medizinischen Gründen angezeigt scheint.
7. Rooming-in praktizieren - Mutter und Kind erlauben, zusammenzubleiben - 24 Stunden am Tag.
8. Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.
9. Gestillten Kindern keinen Gummisauger oder Schnuller geben.
10. Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik oder Entbindungseinrichtung mit diesen Gruppen in Kontakt bringen.

Abbildung 1: Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“

Stillfreundliche Krankenhäuser erkennt man an der WHO/UNICEF-Plakette und an dem Bild, welches eine stillende Mutter (gemalt von Pablo Picasso) zeigt. In Deutschland wurden bisher 18 Geburtsstätten als stillfreundlich zertifiziert, in Österreich 14 und in der Schweiz 59. Weltweit wurden bisher insgesamt 18.000 Entbindungseinrichtungen als stillfreundlich zertifiziert und ausgezeichnet (Eugster, 2004).

Die steigende Anzahl von ausgebildeten Still- und Laktationsberaterinnen sowie ehrenamtlicher Gruppen, wie La Leche Liga (LLL) und Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) und Organisationen wie der Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB) und Bund Deutscher Laktationberaterinnen (BDL) lässt darauf schließen, dass in der Bevölkerung durchaus Interesse an Informationen über das Stillen und am Stillen an sich besteht. Da bisher sehr

wenig Kooperationen zwischen den NGO und dem Gesundheitswesen bestehen, ist die von jeder Seite im Alleingang betriebene Förderung des Stillens nicht effektiv und nachhaltig (Cattaneo, 2004, S. 15).

Durch die Entwicklung der Pulvermilchnahrung nach dem zweiten Weltkrieg und der Werbung dafür, reduzierte sich die Stillenquote. Die heute bekannten vielfältigen Vorteile der Muttermilchernährung und des Stillens waren zu dem Zeitpunkt kaum erforscht. Viele Frauen empfanden die Möglichkeit, dass auch einmal jemand anderes das Baby füttern kann, als sehr bequem und fühlten sich dadurch unabhängiger (Zetterström, 1999). Es gab quasi keine Stillkultur mehr, an der sich die jungen Frauen orientieren konnten. Formula-Ernährung eines Säuglings wurde als Norm angesehen. Die Beschaffung und Zubereitung der Pulvermilchnahrung verursacht allerdings einen sehr viel größeren Kosten- und Zeitaufwand. Einige Mütter waren und sind heute auch weiterhin aus unterschiedlichen Gründen der Meinung, dass sie nicht genug Milch haben und füttern deshalb mit Pulvermilchnahrung zu. Seit etwa Mitte der 70er Jahre etabliert sich das Stillen langsam wieder in der Gesellschaft. In der Anfangsphase dieser Entwicklung wurde in vielen Krankenhäusern bis in die 80er Jahre hinein das Rooming-in noch nicht praktiziert, was sich als hinderlicher Faktor für einen günstigen Stillbeginn herausstellte. Solange von Seiten der Mutter laut medizinischer Lehrmeinung in den ersten Tagen noch keine Milch zur Verfügung stand, wurden das Baby nicht angelegt und bekam Formula-Nahrung von den Kinderkrankenschwestern gefüttert. Die Mütter sollten nach der Geburt geschont werden damit sie sich ausreichend davon erholen konnten. Die Neugeborenen wurden dann erst nach einigen Tagen und auch nur zu festgelegten Zeiten zum Stillen zu den Müttern gebracht und danach wieder abgeholt. Da der frühe Kontakt zwischen Mutter und Kind in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt die Weichen für eine folgende gut funktionierende Stillbeziehung stellt sowie für die tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind, das sogenannte Bonding, äußerst wichtig sind, war es für einige Mütter mit ihren Neugeborenen sehr schwierig, diese Stillbeziehung und Bindung aufzubauen. Trotz eines ungünstig verlaufenden Stillbeginns können die anfänglichen Schwierigkeiten des Stillbeginns unter anderem mit fachkompetenter Beratung und Unterstützung durchaus behoben werden (Benkert, 2001, S. 62).

Für die Dauer des Stillens spielt das Alter, der soziale Status und die Schulbildung der Mutter sowie die eigene Einstellung und Erfahrung zum Stillen und das Selbstbewußtsein und die Unterstützung aus dem engen sozialen Umfeld, speziell des Vaters, eine große Rolle. Mütter, die ihre Kinder auch nach ca. zwölf Wochen weiterhin stillen, entnahmen ihre Informationen über das Stillen aus verschiedenster Literatur, wobei ein klarer Zusammenhang zwischen dem Wissen über das Stillen und der Dauer des Stillens beobachtet wird (Kronborg und Vaeth, 2004, Duckett et al., 1998, Rentschler, 1991). Es ist also dringend notwendig, eindeutige, vollständige und vorurteilsfreie Informationen über das Stillen in allen Gesellschaftsschichten zu verbreiten. Stillen muss sich als normale Säuglingsernährung wieder etablieren und die Flaschenernährung, die lange Zeit als Norm galt, ablösen. (Cattaneo, 2004, S. 22). Die Motivation und der Willen der Mutter, ihr Kind zu stillen, sind ausschlaggebend für den Erfolg des Stillens (Peters, F., 1987).

Da in unserer Gesellschaft und in den Familien keine Stilltradition mehr er- und gelebt wird, haben das medizinische Fachpersonal und andere Mitarbeiter im Gesundheitswesen einen starken Einfluss beim Wiederaufbau einer Stillkultur (Empfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschland, BZgA). Eine Studie des Instituts für Gesundheitswissenschaften e.V. in Zusammenarbeit mit der HAW Hamburg hat gezeigt, dass viele Mütter und Väter über die Vorteile des Stillens informiert waren. Dass jedoch bei Stillproblemen geholfen und weitergestellt werden kann, war oft nicht bekannt. So wurde z.B. ein Milchstau dahingehend gedeutet, dass das Stillen im eigenen Fall nun doch nicht funktioniere (Deneke, Seibt, 2004). Die unterschiedlichsten Medien könnten hier dazu genutzt werden, um zum einen das Stillen als „normal“ darzustellen und zum anderen Stillprobleme als nichts Ungewöhnliches bekannt zu machen, die mit entsprechender Unterstützung bewältigt werden können.

Durch das Stillen entsteht eine ganz besondere Mutter-Kind-Beziehung, die dem Säugling Schutz und Nähe gibt, aber auch sein Urvertrauen stärkt und seine körperliche und geistige Entwicklung fördert. Bei nicht gestillten Kindern kann es später an Selbstvertrauen mangeln und sie können Schwierigkeiten haben,

zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen, was möglicherweise zu einem lebenslangen Defizit führt.

Leider wird das Stillen immer noch zu wenig gefördert und unterstützt (Cattaneo, 2004, S. 11). Die bereits in Punkt 2.1.1 beschriebenen positiven Auswirkungen des Stillens sind nicht zu abzustreiten. Da gestillte Säuglinge oft in direkter Nähe der Mutter sind, haben sie zudem noch ein geringeres Unfallrisiko als nicht gestillte Kinder. Im Vergleich von gestillten und nicht gestillten Kindern lässt sich erkennen, dass nicht gestillte Kinder im ersten Lebensjahr signifikant mehr Gesundheitskosten verursachen. Sie werden häufiger krank und müssen aus diesem Grund häufiger einen Arzt aufsuchen, benötigen mehr Medikamente und müssen häufiger zur Behandlung ins Krankenhaus (Peters, F. et al., 2001; Ball und Wright, 1999). Frühes Abstillen und insgesamt niedrige Stillraten führen unweigerlich zu höheren Kosten im Gesundheitswesen, die durch die einfache Maßnahme des Stillens weitaus geringer ausfallen können (Hoey, 1997; Splett, 1997). Würde eine Stillrate von 80% der drei Monate alten Kinder und 60% der sechs Monate alten Kinder erreicht werden, ließen sich die Behandlungskosten im Krankheitsfall um etwa die Hälfte reduzieren (Smith, 1997). Stillen bzw. die Ernährung mit Muttermilch hat für den Säugling aber auch für die Mutter eine protektive Auswirkung auf verschiedene Krankheiten (vgl. Kapitel 2.1)

Die Gesundheitssysteme der meisten europäischen Länder könnten mit ihrem Budget die Stillförderung unterstützen. Dies sollte aber fächerübergreifend und in interdisziplinärer Zusammenarbeit geschehen (Cattaneo, 2004, S. 15).

Die Aus- und Fortbildungskurse für das Gesundheitspersonal sowie andere Schulungsmaßnahmen zum Thema Stillen müssen laufend auf den neusten Stand gebracht und in ihrer Qualität und Effektivität überprüft werden. Außerdem müssen die Weiterbildungskurse die Kompetenz zur Unterstützung des Stillens des Gesundheitspersonals erweitern (Empfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschland, BzgA, 2001, S.282).

2.6.2 Warum ein Ärzteseminar zum Thema Stillen?

Organisch gesehen ist es 98% der Frauen möglich, ihr Kind nach der Geburt zu stillen (Benkert, 2001, S.60). Von den jungen Müttern wollen auch 90% ihr Kind nach der Geburt stillen. Tatsächlich aber sinkt die Zahl der stillenden Mütter jedoch sehr schnell ab. Nach vier Monaten werden nur noch 33% und nach sechs Monaten nur noch 10% der Kinder gestillt (Kersting und Dulon, 2002).

Die meisten Mütter werden während der Schwangerschaft und in der Geburtsklinik intensiv betreut. Die Frauenärzte/Frauenärztinnen haben zwar während der Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere wenig Zeit, um die Frauen über das Stillen aufzuklären, trotzdem haben auch sie die Möglichkeit, bei den werdenden Eltern frühzeitig die Bereitschaft zum Stillen zu wecken sowie über die vielfältigen Vorteile des Stillens zu informieren und zu dieser natürlichen Art der Ernährung ihres Kindes zu motivieren (Peters, F. et al., 2001). Nach einer US-amerikanischen Studie (Taveras, et al., 2004) erhalten Gynäkologen und Pädiater viel zu wenig Informationen über die Wichtigkeit des Stillens bis zu einem Alter von sechs Monaten. Ebenso mangelt es ihnen an Informationen, wie sie die werdenden oder jungen Mütter fördern bzw. beeinflussen können, diese Zeit auch wirklich voll zu stillen. Kersting und Dulon (2002) zeigten auch für Deutschland, dass werdende Eltern bzw. werdende Mütter die Entscheidung über die Art der Ernährung ihres Kindes meist schon während der Schwangerschaft treffen. Bislang dienen selbst gesuchte Informationen größtenteils aus Büchern und Zeitschriften aber auch aus Geburtsvorbereitungskursen, Stillgruppen und von Hebammen als Entscheidungshilfe.

Um die besten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Stillbeginn und eine lange Stilldauer zu erreichen, sowie um die Gefahr von Störungen der Mutter-Kind-Beziehung und Stillschwierigkeiten zu vermeiden, ist eine unnötige Trennung von Mutter und Kind direkt nach der Geburt und in den ersten Lebenstagen unbedingt zu vermeiden. Wird das Stillen bereits im Kreißsaal gefördert, lässt sich eine höhere Stillquote nach zwei bis drei Monaten nachweisen (Perez-Escamilla, 1994). Eine Unterbrechung des ausgiebigen ungestörten Mutter-Kind-Kontaktes in den ersten Lebensstunden führt zu einer signifikanten Verschlechterung des Saugverhaltens an der Brust (Righard, 1990).

Nachdem eine Mutter mit ihrem Säugling aus der Klinik entlassen ist, findet häufig keine Betreuung mehr während der Stillzeit statt. Die Stillberatung endet häufig nach der Entlassung aus der Klinik (Empfehlungen der Nationalen Stillkommission Deutschland, BzGA, S. 283). Dies hat zur Folge, dass vor allem bei auftretenden Stillproblemen in häuslicher Umgebung schneller abgestellt wird (Abou-Dakn, 2002; Peters, F. et al., 2001). Sucht die jungen Mütter bei auftretenden Problemen ihren Gynäkologen oder den Kinderarzt auf, ist festzustellen, dass trotz Befürwortung des Stillens diese Professionellen relativ schnell nahe legen, mit dem Stillen aufzuhören, nicht lange "rumzuhüsern" oder um sich nicht weiter zu quälen. Es zeigte sich eine deutlich höhere Bereitschaft dieser Berufsgruppen für eine Hilfestellung zum Abstillen als eine unterstützende Beratung und Hilfestellung dazu, mit den Stillschwierigkeiten umzugehen und zu versuchen, das Stillen fortzusetzen (Deneke, Seibt, 2004). Gynäkologen sehen sich selten in der Lage, eventuelle Probleme des Säuglings, wie z.B. langsamere Gewichtszunahme, was im Allgemeinen als eine zu geringe Milchproduktion verstanden wird, zu behandeln oder zu lösen, während Pädiater sich nicht kompetent genug fühlen, mütterliche Probleme mit der Brust und den Brustwarzen zu behandeln. Viel einfacher und schneller als die Problembearbeitung ist es, das Zufüttern mit Formelnahrung zu empfehlen. Viele Ärzte sind, entgegen wissenschaftlicher Erkenntnisse, der Auffassung, dass Ihre Meinung keinen Einfluss auf die Entscheidung der Mutter hat, wie lange sie stillen möchte (Taveras et al., 2004).

Die Betreuung nach der Geburt durch die Hebamme und die vielseitigen Angebote verschiedener Stillgruppen werden leider nur in sehr geringem Maße genutzt (Nindl, 2005). Nach der Auffassung der Vertreterinnen des BDL, des Bundes Deutschen Hebammen (BDH) und der Selbsthilfeverbände LLL und AFS ist dieses Verhalten auf die fehlende Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser und Ärzte zurückzuführen. Zudem würden die Mütter nicht ausreichend durch das medizinische Fachpersonal über die vorhandenen Angebote informiert und ermuntert, daran teilzunehmen (Abou-Dakn, 2002).

Insgesamt nimmt das Kapitel über das Stillen in der gynäkologischen aber auch in der pädiatrischen Literatur wenig Platz ein, vor allem in der älteren Literatur mit einem Erscheinungsjahr vor 2000. Nur gelegentlich wird die Notwendigkeit des

Anlegens bereits im Kreißsaal erwähnt. Vorwiegend jedoch unter dem Aspekt der Milchproduktion und weniger unter dem Aspekt der dabei beginnenden Mutter-Kind-Beziehung, die, wie heute bekannt ist, eine große Auswirkung auf den erfolgreichen Stillbeginn sowie den langfristigen Stillerfolg hat. In der älteren Literatur findet die Frage, wie viele Wochen oder Monate gestillt werden soll, keine Beachtung. Vielfach wird das Stillen nach einem bestimmten Rhythmus, z.B. alle vier Stunden, empfohlen. Eine achtstündige Nachtpause zwischen 22.00 und 6.00 Uhr soll dabei in erster Linie die für die Mutter dringend benötigte Ruhe gewährleisten (Brehm, 1991; Martius et al., 1996). Die Stilldauer pro Brust wird auf jeweils 15 bis 20 Minuten pro Mahlzeit begrenzt, da sonst die Gefahr besteht, dass die Brustwarzen zu stark in Mitleidenschaft gezogen werden (Brehm, 1991; Stegner, 1996). Diese drei Punkte sind nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen eher hinderlich für die Entstehung einer guten Stillbeziehung zwischen Mutter und Kind. Der recht starre Zeitplan, nach dem sich das Stillen richtete, entspricht nicht den natürlichen Bedürfnissen des Säuglings sowohl nach Nahrung als auch nach Nähe.

In der neueren Literatur (ab 2000) wird diesem wichtigen Bereich mehr Beachtung geschenkt. So wird vermehrt das frühe Anlegen bereits im Kreißsaal empfohlen (Schneider et al., 2000, S. 249; Breckwoldt, 2002, S. 460). Auch das Stillen des Säuglings nach Bedarf (feeding on demand) ohne festen Zeitplan wird zunehmend in der Literatur aufgenommen. Entsprechend den Bedürfnissen des Säuglings wird sich dabei die produzierte Milchmenge anpassen. Im Laufe der Zeit pendelt sich beim Kind von selbst ein Tag-Nacht-Rhythmus ein (Dudenhausen, 2001, S. 367).

Dass Stillen die gesündeste und nachhaltigste Art einen Säugling zu ernähren darstellt, ist unbestritten. Aufgrund einer fehlenden Stillkultur in der westlichen Welt ist es aber notwendig geworden, Mütter zum Stillen anzuleiten. Dabei soll die Stillberatung schon vor der Geburt einsetzen und in den ersten Lebensmonaten des Säuglings fortgeführt werden.

2.7 Die Ziele des Verbands Europäischer Laktationsberaterinnen

Der Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB) ist ein gemeinnütziger Verein und hat seinen Sitz in Pfaffstätten, Österreich.

Der Verein befasst sich mit der Förderung des Stillens. Zum einen gehört die Wahrung und Förderung der wissenschaftlichen und praktischen Arbeit auf diesem Gebiet dazu, zum anderen wird der Beruf der Still- und Laktationsberaterin IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden und den Institutionen des Gesundheitswesens unterstützt.

Zur Erreichung dieser Ziele ist der Verein bestrebt, bei der Planung der Aus- und Weiterbildung für Laktationsberaterinnen IBCLC im Bereich des Stillens mitzuwirken und mitzubestimmen, ebenso wie bei der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal, die mit der Betreuung von Eltern und Kind beauftragt sind. Der Verein ist bemüht, die Beziehungen auf internationaler Ebene zu pflegen und auszubauen sowie die vielseitigen, das Stillen betreffende Interessen bei nationalen und internationalen Still- und Gesundheitsorganisationen zu vertreten.

Im Rahmen der Stillförderung werden vom VELB verschiedene Aus- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Diese Seminare richten sich an alle Berufsgruppen, die sowohl Schwangere als auch junge Mütter und Väter in Fragen des Stillens beraten und betreuen. Das Wissen und die Praxis rund um das Stillen sollen vereinheitlicht und erweitert werden, um einfühlsame und effiziente Stillberatung zu erreichen und die Verwirrung durch widersprüchliche Beratung einzuschränken.

3 Ausgangssituation zum Ärzte-Seminar

In diesem Kapitel werden die Gründe für die Veranstaltung eines Seminars ausschließlich für Ärzte zum Thema Stillen beschrieben. Die aufgeführten Begründungen beruhen auf einem Gespräch mit der verantwortlichen Person für die Konzeption und Gesamtleitung der Fortbildungsveranstaltungen des VELB.

Die momentane Situation in Deutschland zeigt, dass eine konsequente Stillförderung und Unterstützung des Stillens, neben den zertifizierten Stillfreundlichen Krankenhäusern, vorwiegend vom Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen, dem Bund Deutscher Hebammen und verschiedener Selbsthilfegruppen durchgeführt wird. Die Unterstützung des Stillens und die Stillförderung kann und darf jedoch nicht von nur einer Berufsgruppe betrieben werden. Dieses Thema muss in Zukunft unbedingt interdisziplinär von allen Berufsgruppen, die in irgendeiner Form mit Mutter und/oder Kind arbeiten, gemeinsam bewältigt werden. Das EU-Projekt zur Stillförderung hält die Ausbildung im Laktationsmanagement für jeden notwendig, der mit der Betreuung von Mutter und Kind zu tun hat. Ärzte-Seminare zum Thema Stillen sollen die Ärzte anregen, sich in Zukunft diesem Bereich mehr zuzuwenden, da ihnen eine entscheidende Rolle für das Gelingen des Stillens zugeschrieben wird. Ärztinnen und Ärzte, Mutter-Eltern-BeraterInnen können durch umfassende Information und Unterstützung entscheidend dazu beitragen und ein frühzeitiges Abstillen verhindern.

Während des Medizinstudiums und den damit verbundenen praktischen Einsätzen, wird das Thema Stillen den Studierenden nicht als wichtige und zu unterstützende Angelegenheit nahegebracht. Wie z.B. der Lehrplan „Klinisches Curriculum Medizin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Humangenetik sowie der Querschnittsbereich Prävention und Gesundheitsförderung“ des Medizin-Studiums der Universität Hamburg zeigt, ist dem Thema Stillen keinerlei Raum gewidmet. Die Curricula des Studiengangs Medizin an anderen deutschen Universitäten, wie z.B. der Medizinischen Hochschule Hannover, der Universität Heidelberg und der Ludwig-Maximilian-Universität in München, sind sehr allgemein gehalten und geben keine detaillierte Auskunft über den Inhalt bzw. die Lernziele der einzelnen Lernmodule. Daher ist

es fraglich, ob das Thema Stillen überhaupt in die Lehre aufgenommen wurde. Es ist anzunehmen, dass auch an diesen Hochschulen nicht näher auf das Stillen eingegangen wird. Damit bekommen angehende Ärzte im Rahmen der universitären Ausbildung keine Gelegenheit, an Informationen über die Wichtigkeit des Stillens zu gelangen und praktische Erfahrung aufzubauen.

Die mit der Betreuung von Mutter und/oder Kind beauftragten Ärzte vermitteln gegenüber anderen Mitarbeitern in Gesundheitsberufen häufig den Eindruck, dass dem Thema Stillen in der Medizin keine besondere Bedeutung zukommt. Sie sind der Auffassung, es sei eher für die Pflegenden und Hebammen interessant (Nindl, 2005). Dabei ist das Stillen und damit die Ernährung mit Muttermilch in seiner langfristigen Wirkung effektiver als jede Impfkampagne und sollte daher von den Ärzten der entsprechenden Fachrichtungen als sehr wichtiges und ernstzunehmendes Thema Beachtung finden.

Wie bereits in Kapitel 1 beschrieben, gilt es als erwiesen, dass die Meinung und die Einstellung der Ärzte zum Stillen einen sehr großen Einfluss auf unentschlossene Mütter hat. Ihre Meinung wird der eines jeden anderen Mitarbeiters im Gesundheitswesen vorgezogen. Die Ärzte haben somit einen starken Einfluss auf die Stillquote und Stlldauer und das Lösen von Stillproblemen.

Nachdem Mutter und Kind aus der Klinik entlassen sind, ist der Gynäkologe oder der Kinderarzt einer der Hauptansprechpartner für die Familie, sobald Probleme bei der Mutter, dem Kind oder mit dem Stillen auftreten. Die Funktion, Aufgaben und Kompetenzen von Hebammen als professionelle Unterstützungsmöglichkeit sowie deren häusliche Betreuungsmöglichkeit werden selten realisiert. Hebammen werden eher im Hintergrund als „Begleiterscheinung“ der Prozesse rund um die Geburt gesehen (Deneke, Seibt, 2004). Wie bereits in Kapitel 2.5.2 beschrieben, raten die Ärzte aufgrund mangelnder Information viel zu häufig und viel zu früh zum Zufüttern, anstatt die auftretenden Probleme nach dem aktuellen Stand der Forschung zu lösen.

Trotz der Empfehlungen der WHO, die ausschließliches Stillen bis zum sechsten Lebensmonat empfiehlt, wollen sich Ärzte, die stillende Mütter behandeln, meist nur auf vier bis sechs Monate ausschließliches Stillen als Empfehlung einlassen. Diese sind der Auffassung, dass mindestens vier Monate ausschließliches Stillen ausreichend sind und das Zufüttern ab dem vierten Lebensmonat nicht schadet (Nindl, 2005). Der Arzt sollte einen adäquaten Weg im Umgang mit Problemen, die das Stillen betreffen, einschlagen. So können z.B. bei zu geringer Gewichtszunahme des Säuglings besser stillunterstützende Maßnahmen und zweimal pro Woche eine Gewichtskontrolle erfolgen, statt vorzeitig das Zufüttern mit Formula-Nahrung als nun unabdingbare und endgültige Maßnahme zu empfehlen.

In einem Ärzte-Seminar zum Thema Stillen sollen die Ärzte ihr Wissens bezüglich des Stillens erweitern. Es werden Methoden zur einfühlsamen und effizienten Unterstützung der stillenden Mutter sowie zur Hilfestellungen bei schwierigen Stillsituationen vermittelt. Zudem sollen diese Seminare zur Verbesserung und Vereinheitlichung der Stillberatung auf geburtshilflichen und neonatologischen Abteilungen beitragen.

Es hat sich gezeigt, dass Veranstaltungen zum Thema Stillen, die eine interdisziplinäre Zielgruppe vorsahen, von Gynäkologen und Pädiatern nur sehr schlecht angenommen wurden. Es ist zu vermuten, dass diese sich nicht ausreichend angesprochen fühlten, da neben den Ärzten auch Pflegepersonal und Hebammen eingeladen waren, daran teilzunehmen. Ein Seminar ausschließlich für Ärzte schien zudem notwendig geworden zu sein, da Ärzte sich während Weiterbildungsveranstaltungen gern mit Kollegen austauschen. Zu einer Fachtagung zur Stillförderung der Universität Tübingen mit deutschlandweit bekannten ärztlichen Spezialisten aus unterschiedlichen Bereichen als Referenten kamen nur sehr wenige Ärzte, während Pflegende, Hebammen und andere Mitglieder aus dem Gesundheitsbereich weitaus interessierter zu sein schienen. Trotz der vortragenden Kollegen, fühlten sich die Ärzte anscheinend nur in sehr geringem Maße angesprochen.

Stillförderung wird als ein sehr emotionales Thema angesehen. Die Wissenschaft und Forschung betreiben diesbezüglich eine vielseitige Forschung und liefern

stetig neue wissenschaftliche Belege für die Notwendigkeit des Stillens und der Stillförderung. Diese wissenschaftliche Arbeit wird vom Gesundheitspersonal häufig nicht wahr genommen. Außerdem scheint es möglich, dass die Personen, die Mutter und Kind betreuen, in einen Konflikt geraten, wenn sie zum einen das Stillen befürworten sollen, es ihnen aber andererseits selbst an Erfahrungen mangelt, sei es wegen fehlender eigener Still Erfahrung oder keiner vorgelebten Stillbeziehung in der näheren Umgebung, aber auch wenn sie selbst Schwierigkeiten mit dem Stillen des eigenen Kindes erlebt haben. Stillberatung und Stillförderung sind kommunikativ sehr aufwendig. Man muss sich ausreichend Zeit nehmen und bei Problemen die belastende Situation entsprechend wahrnehmen und aufgreifen. Diese Punkte führen dazu, dass Stillberatung als unbequem und zu aufwendig empfunden und vermutlich dadurch dieses Thema von den meisten Ärzten gemieden wird.

Der VELB hat die Notwendigkeit eines Ärzte-Seminars erkannt und einen ersten Versuch der Durchführung dieser drei Seminare gestartet.

4 Methodik

4.1 Befragung zu den Seminarinhalten

Der Verband der Europäischen Laktationsberaterinnen (VELB) hatte die Durchführung des Ärzte-Seminars „Stillen - Evidence based kontra Ideologie“ an drei unterschiedlichen Orten geplant. Zur Ankündigung und Einladung der Ärzte wurden ca. 7000 Flyer an alle Krankenhäuser in Deutschland zu Händen der leitenden Ärzte der gynäkologischen und pädiatrischen Abteilungen, an alle Adressen von Ärzten, die in der Datenbank des VELB vorhanden sind, sowie an alle Laktationsberaterinnen IBCLC in Deutschland zur Weitergabe an die Ärzte versendet. Dazu wurden die Flyer bei mehreren Tagungen sowie Seminaren verteilt ebenfalls mit der Bitte um Weitergabe an Ärzte. Zudem wurde das Seminar in der Fachzeitschrift „Laktation und Stillen“ des VELB und in zwei gynäkologischen Fachzeitschriften angekündigt. Mit dem Wunsch nach einer wissenschaftlichen Evaluation dieser drei Seminare ist der VELB an die HAW Hamburg herangetreten. Nach einer ersten Kontaktaufnahme der verantwortlichen Person für die Konzeption und Gesamtleitung der Fortbildungsveranstaltungen des VELB mit Mitarbeitern der HAW Hamburg erfolgte eine Vorbesprechung zum weiteren Vorgehen der Evaluation. Diese Evaluation wurde als Diplomarbeitsthema ausgeschrieben und bildet die Grundlage dieser Arbeit.

4.1.1 Ziel

Ziel der Evaluation der Ärzte-Seminare war es, eine Schlussfolgerung über den Nutzen dieses Seminars zum Thema Stillen ziehen zu können. Hierzu sollten Daten einer Vorher-Nachher-Befragung analysiert werden. Mittels der Eingangsbefragung sollte untersucht werden, welchen Kenntnisstand die Ärzte vor der Teilnahme an solch einem Seminar hatten. Anhand der Nachbefragung sollte festgestellt werden, inwieweit sich der Wissensstand nach der Intervention gegenüber dem Wissensstand vor der Intervention verändert hat. Außerdem sollte ermittelt werden, inwieweit der Inhalt des Seminars in der praktischen Arbeit eines Arztes in der Klinik oder in der Praxis etabliert wurde. Um herauszufinden, ob sich eine Veränderung des Kenntnisstandes der teilnehmenden Ärzte auf die

Teilnahme an dem Seminar zurückführen lässt, war es notwendig eine Kontrollgruppe zu befragen.

4.1.2 Studiendesign

In der durchgeführten Untersuchung wurden Daten unmittelbar vor der Intervention und drei bis vier Monate danach von den Seminar-Teilnehmern sowie von Teilnehmern einer Kontrollgruppe erhoben. Es handelt sich also um eine Ergebnisevaluation mit Vorher-Nachher-Befragung und Kontrollgruppenbefragung.

4.1.3 Datenerhebung

Das Seminar „Stillen für Ärzte - Evidence based kontra Ideologie“ wurde vom VELB in Berlin (Januar 2005), Hannover (Februar 2005) und München (März 2005) durchgeführt. Die Teilnehmer dieser Seminare kamen zu etwa zwei Dritteln aus dem Fachbereich Gynäkologie und etwa zu einem Drittel aus dem Fachbereich Pädiatrie und Neonatologie, wobei sich nicht genau sagen lässt, inwieweit es sich um Klinikärzte oder niedergelassenen Ärzte handelte, da diese Angaben nicht erfasst wurden. Durch Abfrage per Hand-Meldung während eines der Seminare zeigte sich jedoch eine große Anzahl an Klinikärzten.

Die Teilnehmer der Seminare wurden am Anfang des Seminars gebeten, freiwillig und anonym über ihr Wissen zum Thema „Stillen“ mittels eines Multiple-Choice-Fragebogens (siehe Anhang) Auskunft zu geben. Die dafür benötigte Zeit betrug maximal zehn Minuten. Ziel dieser Eingangsbefragung war es, den derzeitigen Kenntnisstand der Ärzte zum Thema Stillen zu ermitteln.

Ebenso ist ihnen angekündigt worden, dass drei bis vier Monate nach diesem Seminar eine erneute postalische Befragung durchgeführt werden wird. Selbstverständlich fand diese Befragung auch freiwillig und anonym statt. Zu diesem Zweck wurden die Fragebögen zum angekündigten Zeitpunkt nach dem jeweiligen Seminar an die Teilnehmer verschickt. In einem Anschreiben (siehe Anhang) wurden die Ärzte gebeten, den Fragebogen zu beantworten und im beigefügten Rückumschlag zurückzusenden.

Um eine adäquate Aussage über den Nutzen dieses Seminars machen zu können, wurden Teilnehmer einer Kontrollgruppe, die nicht an diesem Seminar teilgenommen hatten, befragt. Dazu wurden die gleichen Fragebögen, wie sie auch für die Nachbefragung der Seminarteilnehmer verwendet wurden, in vier geburtshilflichen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser, in einer neonatologischen Abteilung, sowie einer Praxis niedergelassener Gynäkologen verteilt. Durch eine telefonische Ankündigung der geplanten Kontrollgruppenbefragung, wurde die Bereitschaft an der Teilnahme dieser Abteilungen vorab mit dem zuständigen Stationsarzt oder Oberarzt besprochen. Alle Verteilungsorte befinden sich in bzw. in der näheren Umgebung einer norddeutschen Großstadt. Für die Bearbeitung durch die Ärzte wurden Unterlagen mit den Fragebögen sowie einem Anschreiben (siehe Anhang) zusammengestellt. In diesem Anschreiben wurde das Ziel und die Notwendigkeit dieser Kontrollgruppenbefragung erläutert. Bei der persönlichen Abgabe der Unterlagen in den Abteilungen wurde mit dem anwesenden Stationsarzt noch einmal das Ziel der Kontrollgruppenbefragung dargelegt. In einer Abteilung konnten wegen des hohen Arbeitsaufkommens die Unterlagen lediglich deponiert werden, ohne direkt mit einem Stationsarzt in Kontakt gekommen zu sein. Um auch die niedergelassenen Ärzte zu erreichen, konnten, ebenfalls nach telefonischem Kontakt, die Unterlagen per e-mail zugesandt werden. Nach vier bis fünf Tagen wurde telefonisch Kontakt zu den Abteilungen aufgenommen, um sich nach dem Voranschreiten der Beantwortung zu erkundigen. Es wurde dabei noch einmal darum gebeten, Kollegen an das Beantworten der Fragebögen zu erinnern. An die Praxis der niedergelassenen Ärzte wurde zu diesem Zweck noch eine Erinnerungs-mail geschickt. Nach einer Bearbeitungszeit von insgesamt sieben bis zehn Tagen wurden die beantworteten Fragebögen aus den verschiedenen Abteilungen wieder abgeholt. Die Ärzte der vier gynäkologischen Abteilungen beantworteten insgesamt 20 Fragebögen, die Ärzte der neonatologischen Abteilung beantworteten acht und von den niedergelassenen Ärzten beantwortete einer von vieren den Fragebogen. Insgesamt wurden somit von den Teilnehmern der Kontrollgruppe 29 Fragebögen beantwortet. Davon stammen 21 Fragebögen von Gynäkologen und acht von Pädiatern bzw. Neonatologen. Die Verteilung von zwei Dritteln Gynäkologen zu einem Drittel Pädiatern bzw. Neonatologen entspricht damit der Verteilung in der Interventionsgruppe.

4.1.4 Datenschutz

Die freiwillige und anonyme Bearbeitung der Fragebögen von den Ärzten aus den drei Befragungen lassen keinerlei Rückschlüsse auf den Bearbeiter des entsprechenden Fragebogens zu. Die bei der Anmeldung zu diesem Seminar von den Teilnehmern angegebenen Adressen wurden vom Veranstalter verwaltet und ausschließlich zum Zweck der Nachbefragung zum entsprechenden Zeitpunkt direkt an die Mitarbeiter der HAW Hamburg übermittelt. Die Versendung der Nachbefragungsbögen erfolgte ausschließlich durch die Diplomandin der HAW Hamburg. Die Dateneingabe und -auswertung erfolgte ohne Speicherung der Namen und Adressen nur codiert. Die ausgefüllten Fragebögen der drei Befragungen zum Inhalt des Seminars sowie die Namen und Adressen wurden im Safe der bearbeitenden Abteilung der HAW Hamburg verschlossen und für Unbefugte unzugänglich verwahrt. Die Datensammlung wurde auf einer Bearbeitungs-CD sowie einer Sicherungs-CD gespeichert und befindet sich ebenfalls im Safe der HAW Hamburg. Diese sichere Aufbewahrung dient dem Schutz vor unberechtigtem Lesen, Verändern, Kopieren und Löschen. Nach Abschluß dieser Evaluation, spätestens im Februar 2006 wird das Datenmaterial vernichtet.

4.1.5 Fragebogenentwicklung

4.1.5.1 Fragebogen Eingangsbefragung

Für die Entwicklung des Fragebogens zur Eingangsbefragung des Ärzte-Seminars (siehe Anhang) konnte auf den bereits vorhandenen großen Fragenkatalog an Multiple-Choice-Fragen des VELB zurückgegriffen werden. Dieser Fragenkatalog mit den verschiedenen Antwortmöglichkeiten ist für die vom VELB durchgeführte Ausbildung und der dazu gehörigen Abschlußprüfung der Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC entwickelt worden. Der Multiple-Choice-Fragebogen für die Eingangsbefragung des Ärzte-Seminars wurde vom VELB in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der HAW aus diesem vorhandenen Fragen-Pool erstellt und umfasste 15 Fragen. Aus vier möglichen Antworten konnten eine oder mehrere richtige Antworten gegeben werden.

Dieser Fragebogen war auf das Grundwissen der teilnehmenden Ärzte ausgerichtet und beinhaltete praxisorientierte Themen aus der täglichen Stillberatung. Es wurden Fragen aus dem medizinischen Bereich gestellt, wie z.B. welche Erkrankungen bei gestillten bzw. ehemals gestillten Kindern seltener auftreten, zur Wichtigkeit des Hautkontakts direkt nach der Geburt, zur Vorgehensweise bei mütterlichem Fieber und einer geröteten Stelle an der Brust, zur Vorgehensweise zum Stillen nach Vollnarkose und zu Erkrankungen, die eine Kontraindikation zum Stillen darstellen. Zudem beinhaltete der Fragebogen Fragen aus der praktischen Beratung, wie z.B. über das Erkennen, ob das Baby ausreichend Milch bekommt, zu den Ursachen von wunden Brustwarzen, zu ungenügender Milchbildung, zur Erklärung einer häufigen Stillfrequenz und zum Einfluß der mütterlichen Ernährung auf die Muttermilch. Auch die Fragen über den Inhalt der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ und zur empfohlenen Stilldauer laut WHO und UNICEF schloss der Fragebogen mit ein. Zudem wurden bei der Fragenauswahl die möglichen Gründe für ein Anraten zum Zufüttern bzw. Abstillen aufgegriffen. Eine Klärung dieser Fragen wurde während des Seminars gegeben.

4.1.5.2 Fragebogen Nachbefragung und Kontrollgruppe

Für die Nachbefragung der Seminar-Teilnehmer und für die Befragung der Teilnehmer der Kontrollgruppe, wurde der Fragebogen (siehe Anhang) ebenfalls vom VELB in Zusammenarbeit mit der HAW Hamburg entwickelt. Die Grundlage bildete auch in diesem Fall der große bereits vorhandene Fragenkatalog des VELB mit den verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Es wurde bei der Fragenauswahl auf die Ergebnisse der Eingangsbefragung und die im Seminar vermittelten Inhalte Bezug genommen. Wie bereits im Fragebogen zur Eingangsbefragung, wurden auch in diesem Fragebogen Fragen aus dem medizinischen Bereich (Gewichtsverlauf eines gestillten Säuglings, Konsequenzen für das Baby bei mütterlicher Antibiotikabehandlung, Behandlung eines niedrigen kindlichen Blutzuckerwertes, Vorgehen nach Akutversorgung nach einem Unfall) und der praktischen Stillberatung (Vorbereitung der Brust auf das Stillen, Einfluß der Ernährung auf die Muttermilch, Erklärung einer häufigen Stillfrequenz, Vorgehen bei blutigen Rhagaden an der Brust) in den Fragebogen mit aufgenommen. Die Fragen über den Inhalt der „Zehn Schritte zum erfolgreich Stillen“ und der Empfehlung der Stilldauer nach den Richtlinien der WHO und

UNICEF wurden auch in diesem Fragebogen noch einmal aufgegriffen. Wie auch im Fragebogen zur Eingangsbefragung wurden die möglichen Gründe für die Empfehlung zum Zufüttern bzw. Abstillen berücksichtigt. Außerdem wurde die Häufigkeit ermittelt, mit der die Befragten mit werdenden oder jungen Müttern über das Stillen sprechen und die Seminar-Inhalte in der täglichen Arbeit Anwendung finden. Fünf der 15 Fragen sind in beiden Fragebögen identisch. Dies sind Fragen zur Vorgehensweise nach Vollnarkose, Kontraindikationen zum Stillen, dem Einfluss der Ernährung auf die Muttermilch, den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ und der WHO- und UNICEF-Empfehlungen zur Stilldauer.

Für die Nachbefragung der Seminar-Teilnehmer, sowie für die Befragung der Kontrollgruppen-Teilnehmer wurden identische Fragebögen verwendet, um einen Vergleich des Kenntnisstandes der Interventions- und Kontrollgruppenteilnehmer zu ermöglichen. Ebenfalls als Multiple-Choice-Fragebogen konzipiert, gab es auch in diesem Fragebogen vier Antwortmöglichkeiten von denen nun aber nur eine richtige Antwort möglich war. Diese Antwortmöglichkeit diente der besseren Auswertung und sollte die Vergleichbarkeit von Eingangsbefragung, Nachbefragung und Kontrollgruppenbefragung vereinfachen, da sich nach der Auswertung des Eingangs-Fragebogens die Möglichkeit der Mehrfachantworten als ungünstig erwies. Außerdem sollte mit diesem veränderten Fragebogen verhindert werden, dass sich die Teilnehmer am Eingangsfragebogen orientieren. Es wäre möglich, dass sie sich an die, während des Seminars richtige Erklärung ihrer falsch beantworteten Fragen erinnerten, und nun diese Fragen extra richtig beantworten. Die daraus entstandenen Ergebnisse würden das Gesamtbild des Ergebnisses der Nachbefragung verfälschen.

Ebenso wie der Fragebogen zur Eingangsbefragung wurde auch dieser Fragebogen zur Nachbefragung und zur Befragung der Kontrollgruppe mit 15 Fragen konzipiert, wobei es sich in 13 Fragen um die Inhalte aus dem Seminar handelte und zwei Fragen die Häufigkeit der Gespräche zum Stillen und die Seminaranwendungen erfassen. Diese Begrenzung auf 15 Fragen erschien sinnvoll, um den Zeitaufwand für die Ärzte in Grenzen zu halten und dadurch zum einen bei der Nachbefragung eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen und zum anderen bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe eine größere Bereitschaft zur Bearbeitung des Fragebogens zu erlangen. Ärztliches Personal ist

bekanntermaßen, sowohl in der Klinik als auch in der Praxis, zeitlich eng an den Arbeitsablauf gebunden, so dass die Gelegenheiten zur Bearbeitung eines Fragebogens selten sind. Die Gestaltung dieses Fragebogens ermöglicht eine Bearbeitung in ca. fünf Minuten.

4.1.6 Umgang mit den Daten

Die statistische Auswertung der aus den Fragebögen ermittelten Daten erfolgte mit den Programmen Microsoft Excel[®] und MedCalc[®] für Windows[®]. Bei der Auswertung der erhobenen Daten kamen Methoden der deskriptiven Statistik zum Einsatz. Die Fragebögen der Eingangs-, Nach- und Kontrollgruppen-Befragungen wurden jeweils mit fortlaufenden Nummern gekennzeichnet. Die erhobenen Daten wurden per Hand und codiert in eine Excel-Tabelle eingegeben. In sechs Fällen gab es fehlende Angaben, so wurde z.B. eine Frage gar nicht beantwortet oder es wurden ungültige Angaben gemacht, d.h. statt nur einer richtigen Antwort wurden zwei oder mehr Antworten als richtig erachtet. In diesen Fällen wurden die Angaben als „keine oder ungültige Angabe“ in die Tabellen und Diagramme mit aufgenommen.

Um die statistische Aussagekraft der Ergebnisse zu beurteilen, inwieweit die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der verschiedenen Befragungsgruppen mit bestimmter Wahrscheinlichkeit statistisch signifikant sind, oder ob es sich bei den Ergebnissen um Zufälligkeiten handelte, wurde der p-Wert („p“ steht für den englischen Begriff „probability“) über den Fisher's-exact-Test, für kleine Stichproben, sowie den Chi-Quadrat-Test, für Stichproben mit Werten über 20, ermittelt (Rothman, 1986, S. 155 ff). Der p-Wert gibt die Wahrscheinlichkeit an, mit der die berechneten Daten zufallsbedingt sind. Gewöhnlich wird der p-Wert als signifikant interpretiert, wenn er unter der Signifikanzschranke von 0,05 liegt.

In diesem Abschnitt wurde die Vorgehensweise zur Ergebnisevaluation des Seminars beschrieben. Es wurde auf die Methodik der Ermittlung des Kenntnisstandes der Ärzte in Bezug auf die Seminar-Inhalte mit der dazugehörigen Aufarbeitung der Daten für die Auswertung eingegangen.

4.2 Teilnehmer-Bewertung des Ärzte-Seminar

4.2.1 Ziel

Ziel dieser Bewertung des Seminars durch die Teilnehmer war es, festzustellen, inwieweit die Seminarteilnehmer mit der Organisation und dem Ablauf des Seminars zufrieden waren. Zu diesem Zweck wurde ein von der Ärztekammer Berlin entwickelter „Evaluationsbogen zur Gesamtbewertung der Fortbildung“ (siehe Anhang) bei allen drei Veranstaltungen verwendet.

4.2.2 Studiendesign

Um eine zeitnahe Bewertung des Seminars durch die Ärzte zu erhalten, wurden die Daten direkt im Anschluss daran erhoben. Diese Ermittlung diente zum einen der Ärztekammer zur Sondierung der verschiedenen Fortbildungen inwieweit die Intervention angenommen wird, zum anderen diente sie dem Veranstalter, in diesem Fall dem VELB, zur Verbesserung der Struktur und des Prozesses des Seminars. Damit erhält man sowohl eine kleine Struktur- als auch eine Prozessevaluation.

4.2.3 Datenerhebung

Ebenso wie für die Befragung zum Nutzen des Ärzte-Seminars wurden die Teilnehmer bei der Bewertung des Seminars gebeten, freiwillig und anonym das Seminar zu beurteilen. Diese Befragung wurde am Ende des jeweiligen Seminars mittels Fragebogen (siehe Kapitel 4.2.2) durchgeführt, der von den Seminarteilnehmern direkt beantwortet und wieder abgegeben wurde. Der Fragebogen beinhaltete verschiedene Kriterien, die entsprechend einer Likert-Skala mit sechs Ausprägungen bewertet werden konnten. Dabei handelte es sich um die Beurteilung der unterschiedlichen Punkte mit Schulnoten von eins als beste bis sechs als schlechteste.

4.2.4 Datenschutz

Auch diese Befragung wurde freiwillig und anonym durchgeführt. Mit der Verwaltung der Daten wurde in gleicher Weise verfahren, wie es in Kapitel 4.1.4 für den Datenschutz der Befragungen zum Inhalt des Seminars bereits beschrieben wurde.

4.2.5 Fragebogenentwicklung

Wie in Punkt 3.2.1 bereits erwähnt, wurde dieser Fragebogen von der Ärztekammer Berlin entwickelt. Es handelt sich dabei um einen Standard-Fragebogen, der bei den verschiedenen Fortbildungen innerhalb der Ärztekammer eingesetzt wird.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zur technischen Organisation, Einhaltung des Zeitrahmens, der Auswahl der Themen und der Referenten und der Präsentation der Vorträge, deren Informationsgehalt und klinische Relevanz. Ebenso konnten folgende Punkte bewertet werden: Möglichkeit zur Diskussion mit den Referenten und dem Erfahrungsaustausch mit Kollegen, Gesamteindruck des Seminar und Wahrung der Firmen- und Produktneutralität. Um die Auswertung an Hand eines einheitlichen Fragebogens durchführen zu können, wurde dieser Fragebogen nach dem ersten Einsatz in Berlin auch bei den Seminaren in Hannover und München eingesetzt.

4.2.6 Umgang mit den Daten

Zur statistischen Auswertung der aus diesen Fragebögen ermittelten Daten kam das Microsoft-Programm Excel[®] zum Einsatz. Methoden der deskriptiven Statistik fanden auch bei dieser Auswertung der erhobenen Daten Anwendung. Wie bereits die Fragebögen der Eingangs-, Nach- und Kontrollgruppen-Befragungen wurden auch diese Daten entsprechend eines Codes eingegeben. Somit erhält man eine Matrix, die es ermöglicht, auf einfache Weise eine Auswertung der Daten vorzunehmen.

Vier Seminar-Teilnehmer (9%) konnten sich bei der Gesamtbewertung des Seminars nicht auf eine bestimmte Note festlegen wie auch drei weitere

Teilnehmer zu jeweils einer Frage und machten ihre Angaben zwischen zwei möglichen Noten. In diesen Fällen wurden die Angaben als „keine oder ungültige Angabe“ in die Tabellen und Diagramme mit aufgenommen.

In diesem Kapitel wurde die Methodik zur Struktur- und Prozessevaluation des Ärzte-Seminars beschrieben. Die hier erklärte Vorgehensweise der Datengewinnung und Datenbearbeitung dient der Ermittlung der Zufriedenheit der Teilnehmer mit den verschiedenen organisatorischen Punkten des Seminars.

5 Ergebnisse

5.1 Befragungen zum Erkenntnisgewinn

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Befragungen zum Inhalt des Seminars vorgestellt. Nach der Beschreibung der Ergebnisse der einzelnen Befragungen, findet eine nähere Betrachtung der in den beiden unterschiedlichen Fragebögen identischen Fragen statt.

5.1.1 Eingangsbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe

An den drei vom VELB durchgeführten Ärzte-Seminaren zum Thema Stillen nahmen insgesamt 52 Ärzte teil. Von den Teilnehmern wurden 51 Fragebögen in der Eingangsbefragung beantwortet, von denen wiederum 49 Fragebögen in die Auswertung eingingen. Ein Fragebogen wurde wegen eines Kopierfehlers, ein anderer wegen mangelnder Bearbeitung nicht in die Auswertung mit aufgenommen. Ein weiterer Teilnehmer hat von seinem Recht Gebrauch gemacht, den Fragebogen nicht abzugeben.

Anhand der Auswertung der 49 Fragebögen der Eingangsbefragung, die von den Teilnehmern direkt vor dem Seminar beantwortet wurden, lassen sich Defizite in der Information der Ärzte zum Thema Stillen und Stillberatung erkennen (Abbildung 2).

Wie in Abbildung 2 zu erkennen ist, wurden die Fragen zum Vorgehen bei mütterlichem Fieber und geröteter Stelle an der Brust, zum Vorgehen bezüglich Stillen nach einer Vollnarkose und zur Ursache wunder Brustwarzen zu etwa 70% richtig beantwortet.

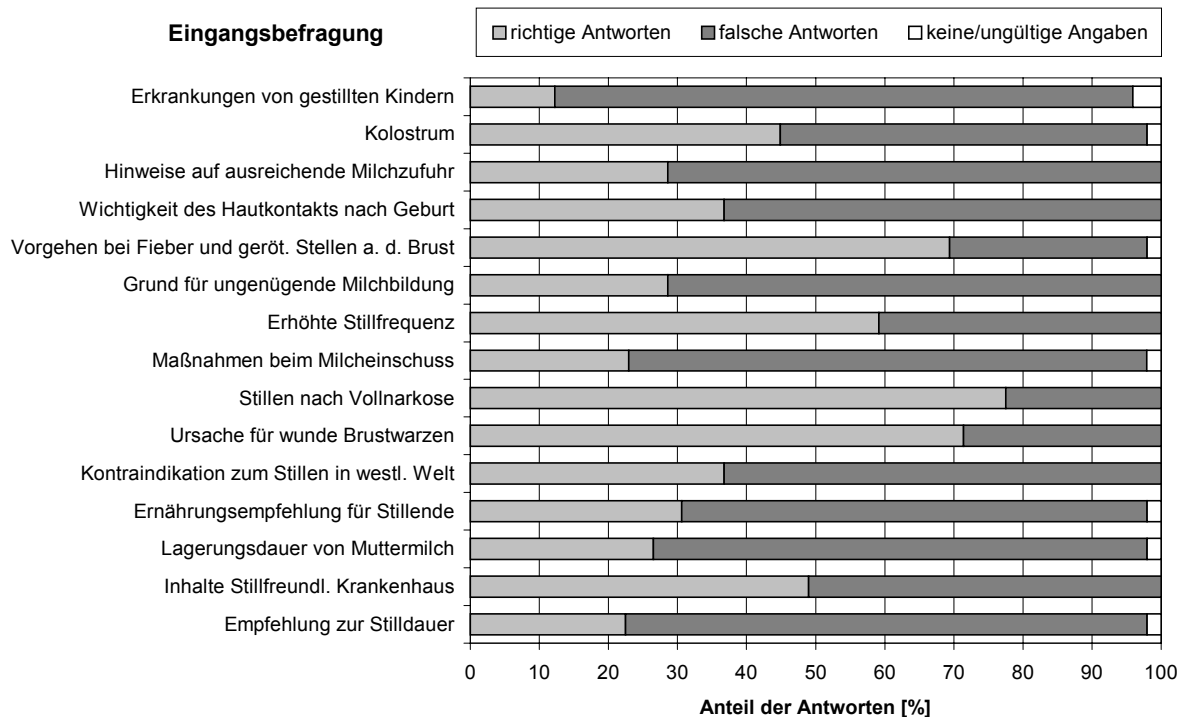


Abbildung 2: Ergebnisse der Eingangsbefragung

Mehr als 50 % haben die Frage zur Erklärung einer erhöhten Stillfrequenz richtig beantwortet.

Weniger als 50% beantworteten die folgenden Fragen richtig:

- zur Zusammensetzung des Kolostrums,
- zu den Hinweisen auf ausreichende Milchzufuhr,
- zur Wichtigkeit des Hautkontakts nach der Geburt,
- zum Grund für ungenügende Milchbildung,
- zur Kontraindikation zum Stillen,
- zum Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Muttermilch,
- zur Lagerungsdauer von abgepumpter Muttermilch im Kühlschrank und
- zu den Inhalten der „Zehn Schritte zum erfolgreiche Stillen“ von WHO und UNICEF.

Die richtigen Antworten auf die Fragen zu Erkrankungen von gestillten und ehemals gestillten Kindern, zu Maßnahmen bei Milcheinschuss sowie zu der von der WHO und der UNICEF empfohlenen Stillauer wurden von nicht mehr als jedem vierten Teilnehmer gewusst.

Im Mittel wurden die Fragen zu insgesamt etwas mehr als 40 % richtig und zu knapp 60% falsch beantwortet.

5.1.2 Nachbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe

Drei bis vier Monate nach dem Seminar wurden die Fragebögen zur Nachbefragung an die Seminar-Teilnehmer versendet. Von den 32 beantworteten Fragebögen konnten 30 in die Auswertung aufgenommen werden, drei Fragebögen trafen nach Abschluss der Auswertung ein. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 63%. Es ließ sich anhand der Auswertung eine Veränderung im Informationsstand zum Thema Stillen herausstellen. Ein direkter Vergleich der beiden Befragungen war wegen der zum Teil unterschiedlichen Fragen nur begrenzt möglich (siehe Kapitel 4.1.5.2).

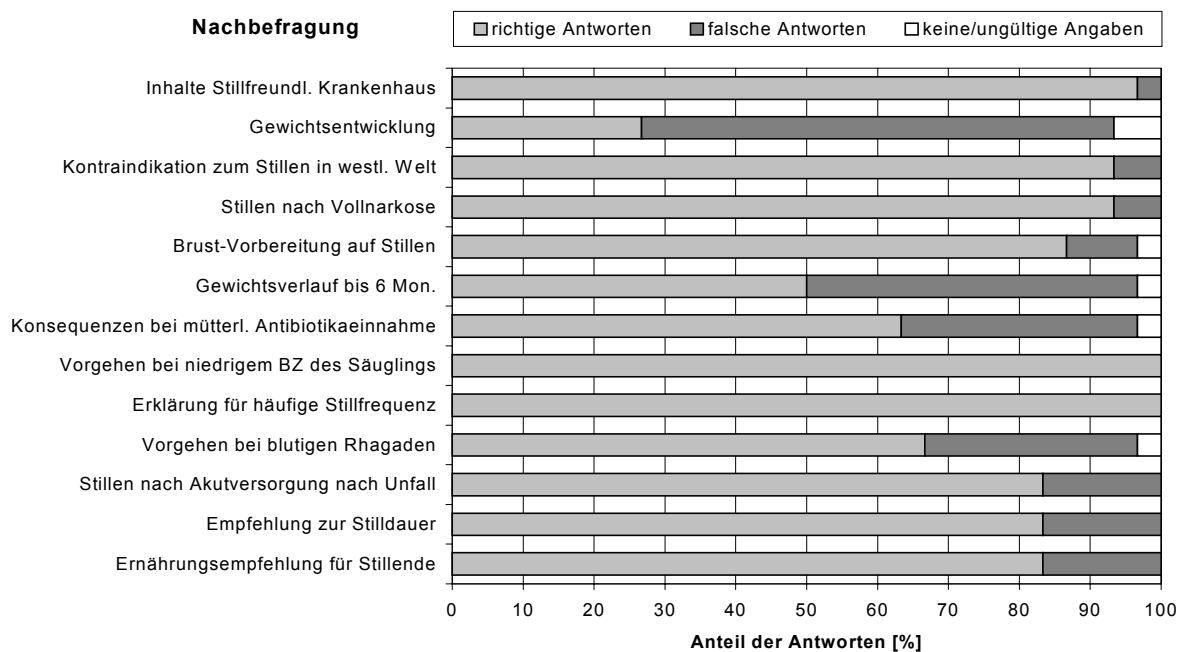


Abbildung 3: Ergebnisse der Nachbefragung

Auf den ersten Blick lässt sich in Abbildung 3 eine Veränderung im Informationsstand der Ärzte gegenüber der Eingangsbefragung (Abbildung 2) erkennen. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen hoch signifikanten Unterschied zwischen den Ergebnissen der Eingangsbefragung und der Nachbefragung insgesamt ($p < 0,0001$), wenn man den Anteil aller richtigen Antworten berücksichtigt.

Von den an der Nachbefragung teilnehmenden Ärzten, beantworteten alle die Fragen zum Vorgehen bei niedrigem kindlichen Blutzuckerwert und zur Erklärung einer häufigen Stillfrequenz richtig.

Von mehr als 80% der Teilnehmer wurden die Mehrzahl der gestellten Fragen (neun von 13) richtig beantwortet.

Über 50% beantworteten die Fragen zu den Konsequenzen für das Baby bei mütterlicher Antibiotikabehandlung und zum Vorgehen bei blutigen Rhagaden an der Mamille richtig.

Zu 50% konnten die Teilnehmer die Fragen zur kindlichen Gewichtsentwicklung bis zu sechs Monaten und zu weniger als 30% zum kindlichen Gewichtsverlauf in den ersten vier Wochen richtig beantworten.

Es gaben 77% der Seminar-Teilnehmer in der Nachbefragung an, mit den werdenden bzw. jungen Müttern häufig bis sehr häufig über das Stillen zu sprechen. Sechs (20%) sprechen gelegentlich mit den Müttern über das Stillen und einer (3%) nie (siehe Abbildung 4).

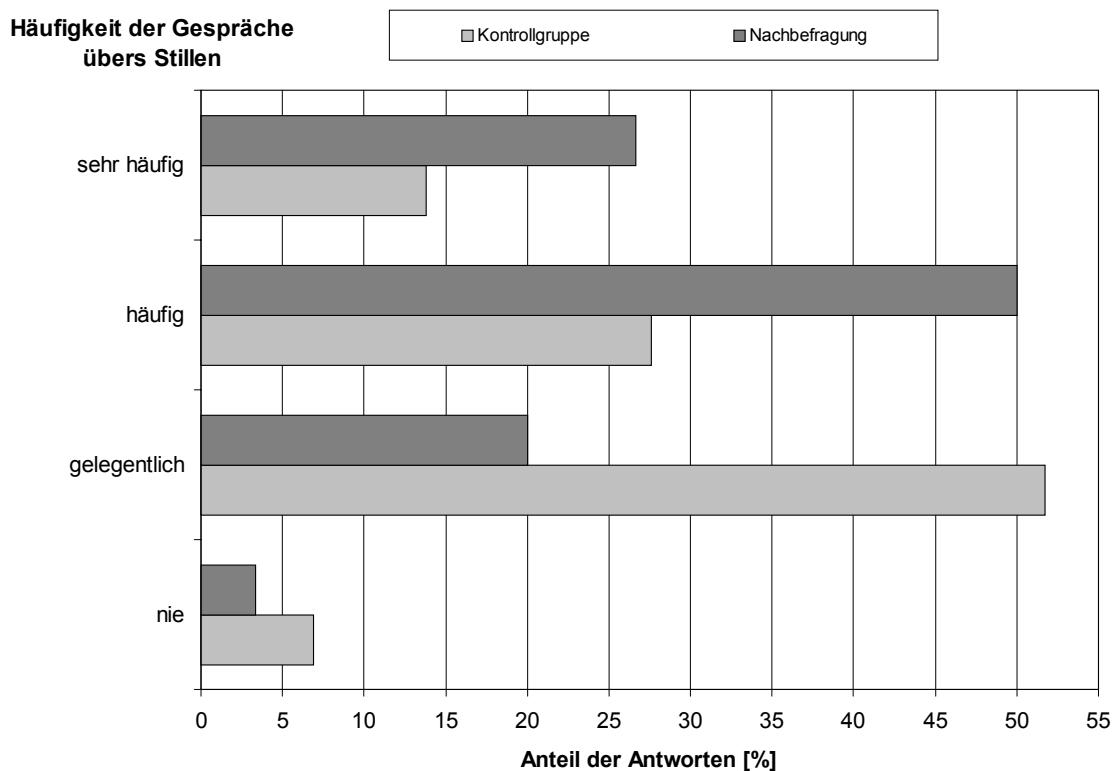


Abbildung 4: *Häufigkeit der Gespräche übers Stillen mit den Patienten sowohl bei der Kontrollgruppe als auch das Ergebnis bei der Nachbefragung der Interventionsgruppe*

Abbildung 5 zeigt, dass die Inhalte des Seminars von 74% der Befragten häufig bis sehr häufig in der täglichen Arbeit angewendet werden, von sieben (23%) gelegentlich und von einem nie (3%).

**Anwendung der Seminar-Inhalte
in der täglichen Arbeit**

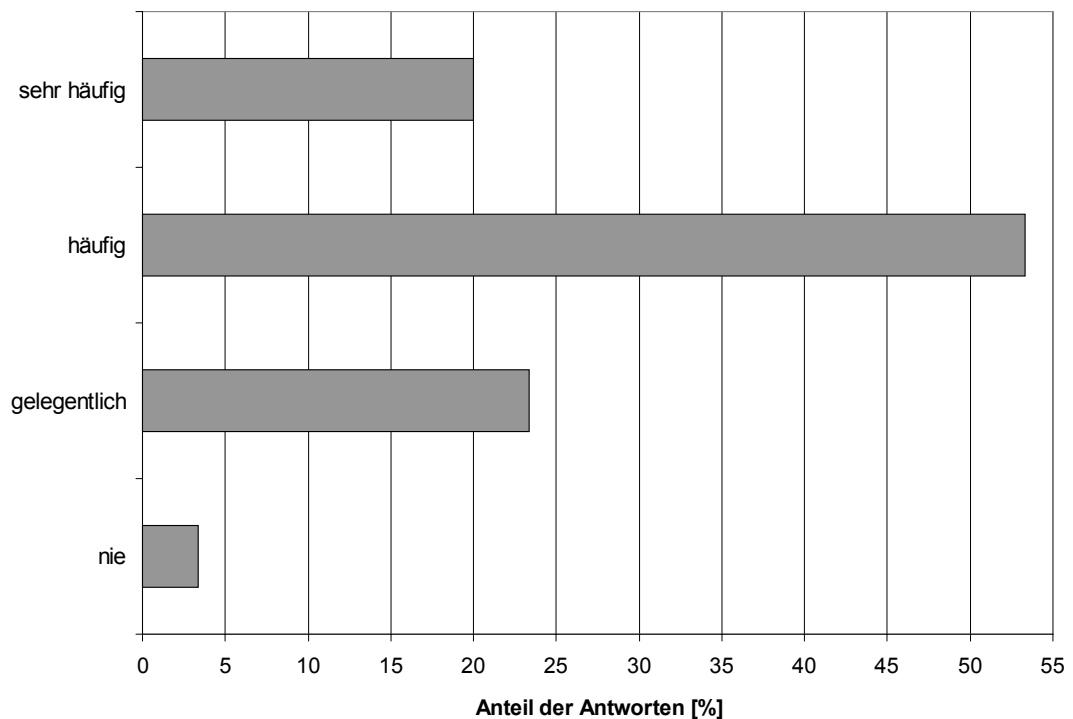


Abbildung 5: *Häufigkeit der Anwendung der Seminarinhalte bei der täglichen Arbeit in der Nachbefragung der Interventionsgruppe*

5.1.3 Befragung der Teilnehmer der Kontrollgruppe

Zur Erhebung von Daten der Kontrollgruppe wurden insgesamt 29 Ärzte aus vier geburtshilflichen Abteilungen verschiedener Krankenhäuser, einer neonatologischen Abteilung und einer Praxis niedergelassener Gynäkologen in und um eine norddeutsche Großstadt befragt. Es handelt sich also nicht um eine repräsentative Gruppe von Gynäkologen und Pädiatern bzw. Neonatologen in Niederlassung bzw. im Krankenhaus, da eine repräsentative Stichprobenziehung im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht möglich war. Der Informationsgrad über das Thema Stillen und Stillberatung liegt für die Teilnehmer der Kontrollgruppe zwischen der Eingangs- und der Nachbefragung der Interventionsgruppe (siehe

Abbildung 6). Dabei können die Daten der Nachbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe und die Befragungen der Kontrollgruppe sehr gut miteinander verglichen werden, da hier für die beiden Gruppen identische Fragebögen verwendet wurden. Für die fünf identischen Fragen der beiden unterschiedlichen Fragebögen ist ein Vergleich der Daten mit der Eingangsbefragung der Interventionsgruppe möglich.

Die Auswertung der Fragebögen der Kontrollgruppe ergab, dass die Fragen im Mittel zu insgesamt 63% richtig beantwortet werden konnten. Der Chi-Quadrat-Test ergab ein hoch signifikantes Ergebnis im Vergleich zur Nachbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe mit $p < 0,0005$.

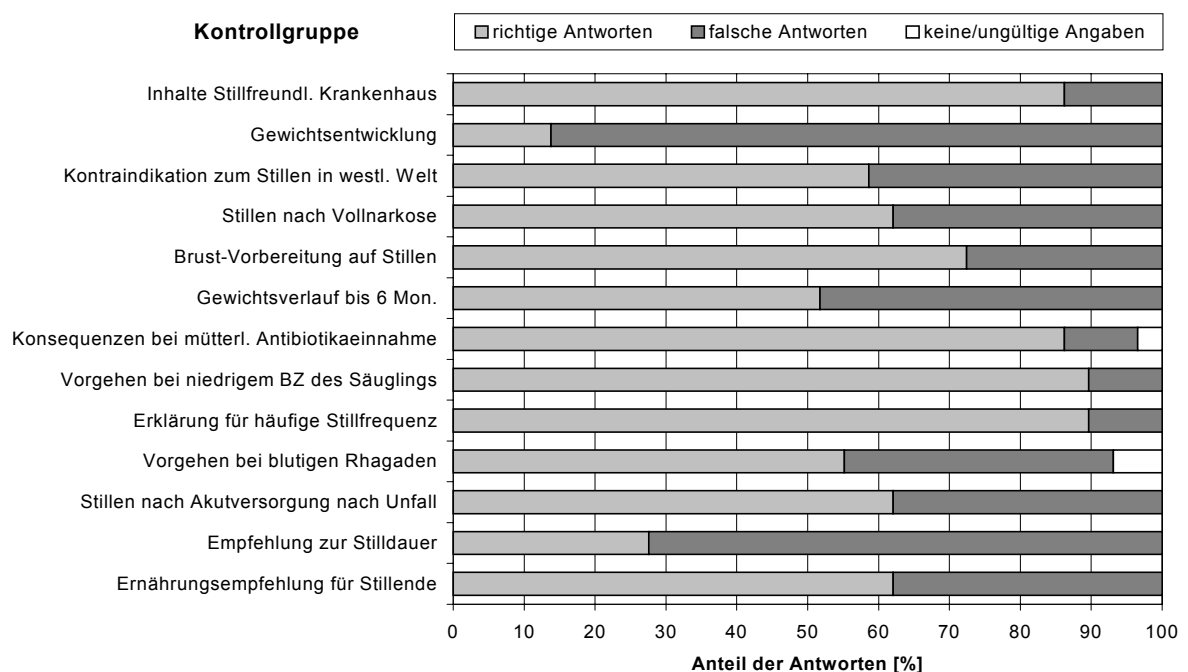


Abbildung 6: Ergebnisse der Kontrollgruppenbefragung

Wie auch in der Nachbefragung der Seminar-Teilnehmer, wurden die Fragen zum Vorgehen bei niedrigem kindlichen Blutzuckerwert und zur Erklärung einer häufigen Stillfrequenz zu einem großen Teil richtig beantwortet (90%).

Ebenfalls wurden zu mehr als 80% die Fragen zu den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ richtig beantwortet, wie auch die Frage zur Konsequenzen für das Baby bei mütterlicher Antibiotikabehandlung.

In über 50% der Fälle wurden folgende Fragen richtig beantwortet:

- Fragen zur Kontraindikation zum Stillen,
- zum Vorgehen bezüglich des Stillens nach Vollnarkose,
- zur Brustvorbereitung auf das Stillen,
- zur kindlichen Gewichtsentwicklung bis zu sechs Monaten,
- zum Vorgehen bei blutigen Rhagaden an der Mamille,
- zum Vorgehen nach Akutversorgung nach Unfall und
- zum Einfluss der mütterlichen Ernährung auf die Muttermilch.

Weniger als 30% konnten die Fragen zu der von WHO und UNICEF empfohlenen Stilldauer und zum kindlichen Gewichtsverlauf in den ersten vier Wochen richtig beantworten.

Von den Befragten der Kontrollgruppe sprechen 41% der Ärzte häufig bis sehr häufig mit den Müttern über das Stillen, die Mehrzahl (52%) gelegentlich und 7% nie (siehe Abbildung 4).

5.1.4 Identische Fragen

Die beiden unterschiedlichen Fragebögen der Eingangsbefragung und der Nachbefragung bzw. Befragung der Kontrollgruppe, wiesen eine Schnittmenge von fünf identischen Fragen auf.

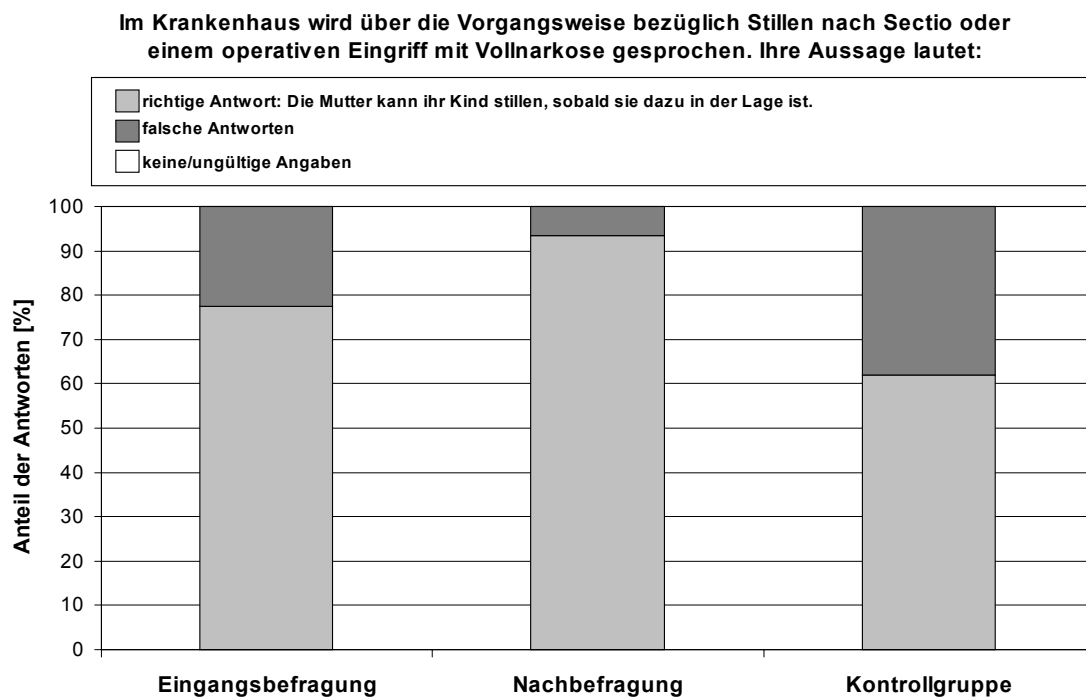


Abbildung 7: Ergebnisse: Stillen nach Vollnarkose

Bei der ersten Frage (Abbildung 7) zum Vorgehen bezüglich des Stillens nach Vollnarkose war zwischen der Eingangsbefragung und der Nachbefragung kein signifikanter Unterschied festzustellen (Fischer's exact test: $p = 0,1156$), ebenso ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen der Eingangsbefragung und der Kontrollgruppenbefragung ($p = 0,1937$). Ein signifikantes Ergebnis zeigte sich im Vergleich zwischen der Nachbefragung der Teilnehmer der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppenbefragung mit $p = 0,0047$.

In der westlichen Welt stellt eine HIV-Infektion der Mutter eine absolute Kontraindikation zum Stillen dar (Abbildung 8). Mit einem p-Wert kleiner 0,0001 ist zwischen Eingangsbefragung und Nachbefragung eine hohe Signifikanz zu erkennen. Ebenso bei einem Vergleich von Nachbefragung und

Kontrollgruppenbefragung mit einem p-Wert von 0,0021. Kein signifikantes Ergebnis konnte zwischen der Eingangsbefragung und der Kontrollgruppenbefragung beobachtet werden ($p = 0,0984$).

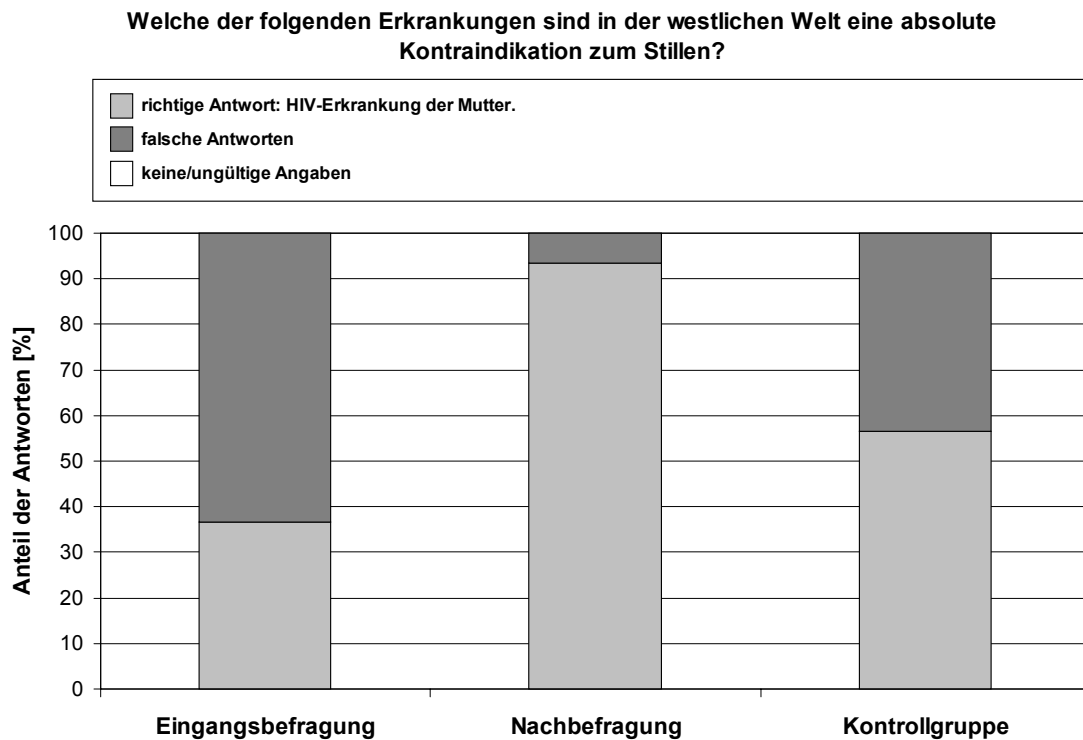


Abbildung 8: Ergebnisse: Kontraindikationen zum Stillen

Für die Frage zur Ernährungsempfehlung für Stillende (Abbildung 9) zeigte sich im Vergleich zwischen Eingangsbefragung und Nachbefragung mit $p < 0,0001$ ein hoch signifikantes Ergebnis, wobei sich beim Vergleich der Nachbefragung und Kontrollgruppenbefragung ($p = 0,0840$) sowie der Eingangsbefragung und Kontrollgruppenbefragung ($p = 0,0100$) kein signifikantes Ergebnis herausstellte.

Zu dem Bekanntheitsgrad der Inhalten der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ von WHO und UNICEF ergab sich aus den unterschiedlichen Befragungen zum einen ein hoch signifikanter p-Wert mit $p < 0,0001$ für den Vergleich der Eingangsbefragung und der Nachbefragung, zum anderen beim Vergleich von Nachbefragung und Kontrollgruppenbefragung konnte mit einem Wert $p = 0,1945$ das Ergebnis als nicht signifikant gewertet werden. Mit einem p-Wert von 0,0014

war der Vergleich zwischen Eingangsbefragung und Kontrollgruppenbefragung wiederum signifikant (Abbildung 10).

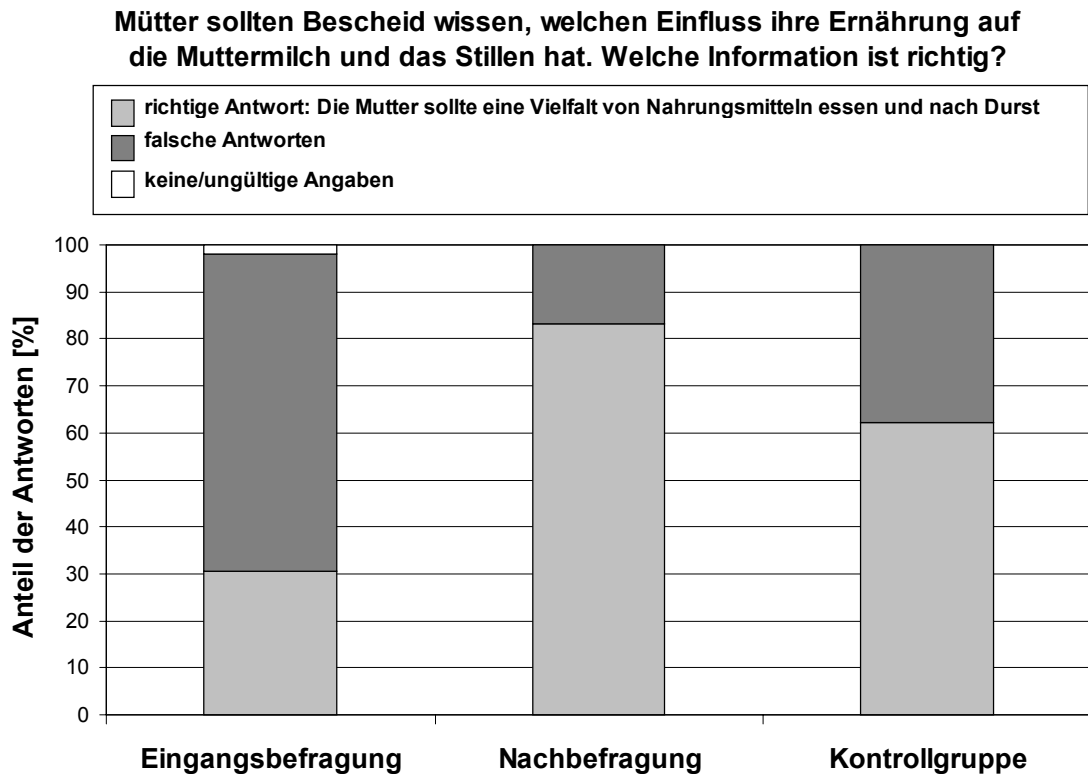


Abbildung 9: Ergebnisse: Ernährungsempfehlung für Stillende

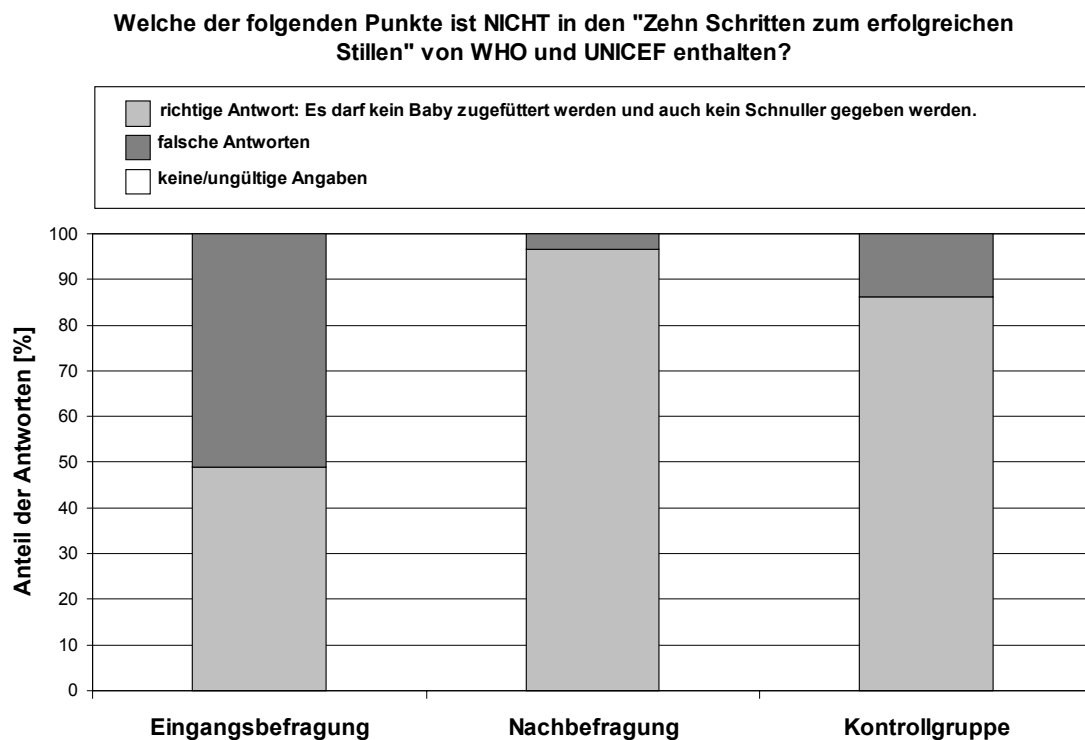


Abbildung 10: Ergebnisse: Inhalte der „Zehn Schritte zum Erfolgreichen Stillen“

Für die Frage zur empfohlenen Stilldauer von WHO und UNICEF (Abbildung 11) ergab sich aus dem Vergleich der Eingangsbefragung mit der Nachbefragung sowie der Nachbefragung und der Kontrollgruppenbefragung mit $p < 0,0001$ ein hoch signifikantes Ergebnis. Ein nicht signifikantes Ergebnis zeigte sich im Vergleich der Eingangsbefragung mit der Kontrollgruppenbefragung ($p = 0,7858$)

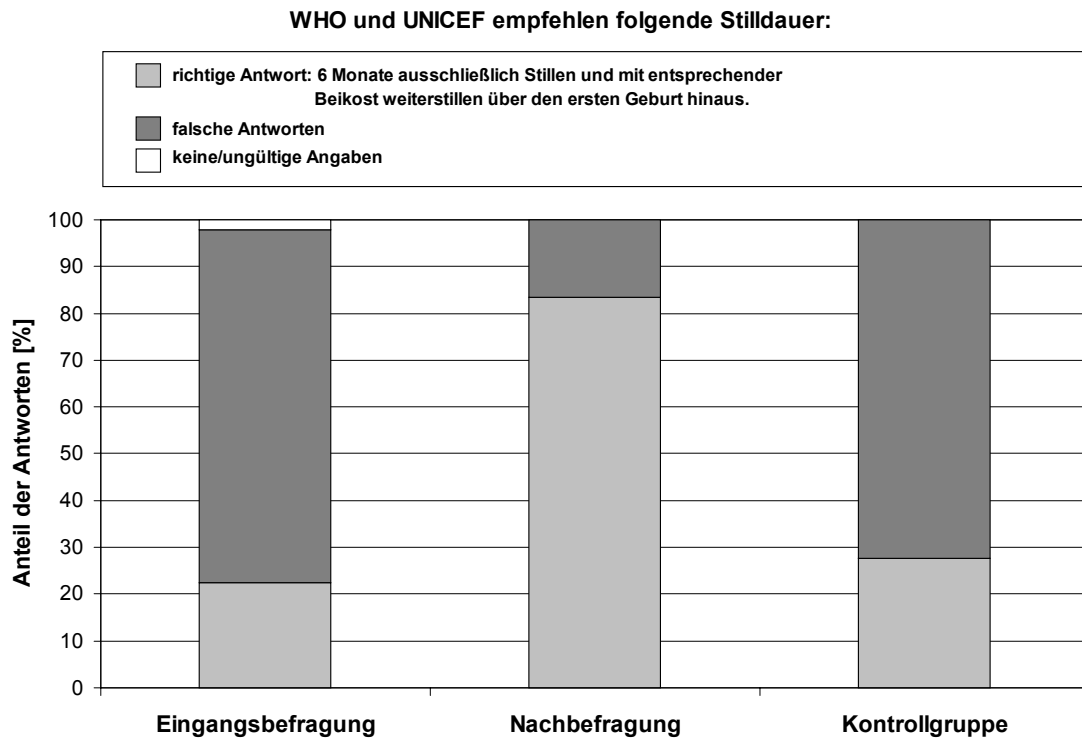


Abbildung 11: Ergebnisse: Empfehlungen zur Stilldauer

5.2 Bewertung des Seminars durch die Teilnehmer

Dieser Abschnitt beschreibt die Ergebnisse der Bewertung des Seminars. Hier wird die Verteilung der einzelnen Bewertungen zu den unterschiedlichen Punkten auf Grund einer Likert-Skala entsprechend des deutschen Schulnotensystems, dargelegt.

Von den 52 an dem Seminar „Stillen für Ärzte“ teilnehmenden Ärzten wurden insgesamt 47 Fragebögen freiwillig und anonym ausgefüllt und abgegeben. Diese 47 Fragebögen konnten alle in die Auswertung eingehen. Die Punkte aus den Bereichen Organisation, Information, Aktualität, Referentenauswahl und Diskussion sowie einer Gesamtbewertung, wurden mit den Schulnoten von 1 bis 6 bewertet (Abbildung 12).

Bewertung des Seminars

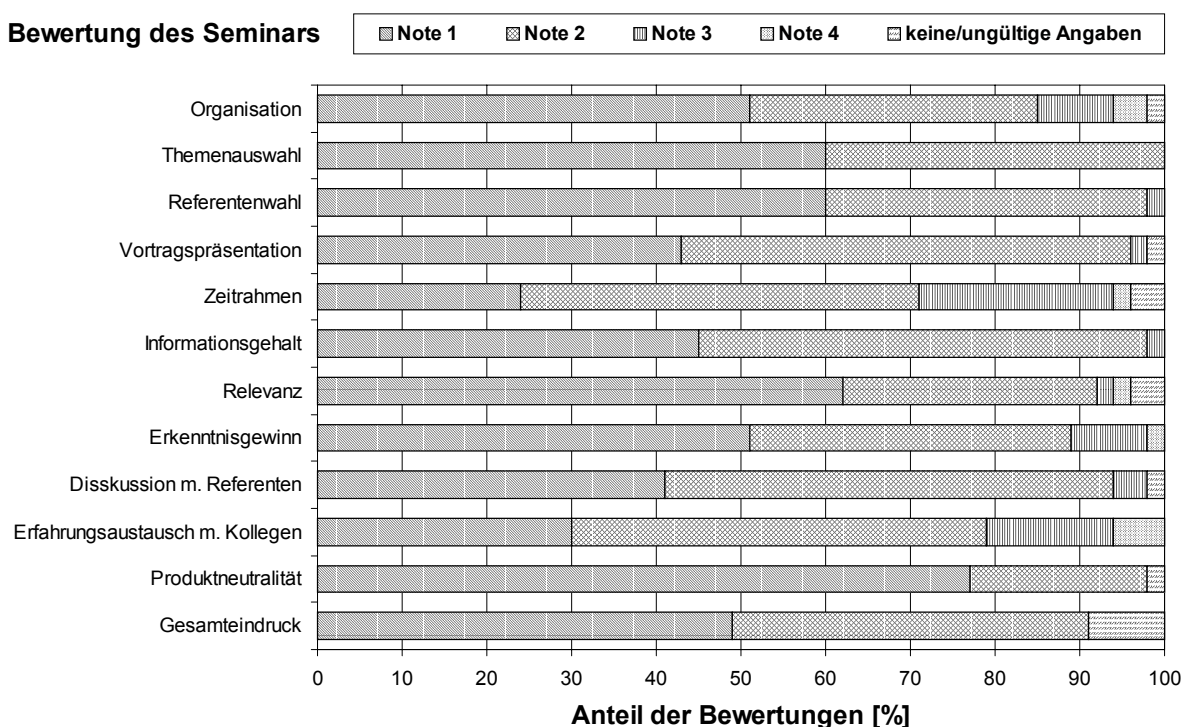


Abbildung 12: Ergebnisse der Bewertung des Seminars

Anhand der Ergebnisse zur Bewertung des Seminars ist erkennbar, dass von den Ärzten die Noten 1 und 2 jeweils im Mittel zu 47% bzw. 43% vergeben wurden, in 6% die Note 3 und in 2% die Note 4. Mit den Noten 5 und 6 hat niemand der Befragten die Punkte zur Beurteilung des Seminars bewertet. Acht Teilnehmer (16%) machten zu unterschiedliche Fragen jeweils einmal keine oder ungültige

Angaben. In der Gesamtbewertung des Seminars wurden die Angaben von weiteren vier Teilnehmern (9%) ungültig (siehe Abbildung 12).

Zur besseren Beschreibung der Daten werden im Folgenden die Noten 1 und 2 sowie 3 und 4 zusammen betrachtet.

Der Gesamteindruck über das Seminar ist zu nahezu gleichen Anteilen mit den Noten 1 und 2 (gesamt 91%) beurteilt worden. In vier Fällen (9%) legten sich die Teilnehmer nicht auf eine eindeutige Note fest. Diese Beurteilungen lagen ebenso im Bewertungsbereich „gut“, wurden damit jedoch ungültig. Es ergibt sich eine Durchschnittsnote von 1,4.

Die Auswahl der Themen (von 100%) sowie die Wahrung der Produktneutralität (von 98%) wurde von allen Teilnehmern als sehr gut bis gut beurteilt.

Die Auswahl der Referenten, die Präsentation der Vorträge und der Informationsgehalt wurden von über 95% in unterschiedlicher Verteilung mit sehr gut und gut bewertet. Nur jeweils eine Person bewertete diese Punkte mit befriedigend.

Die allgemeine klinische Relevanz und die Möglichkeit zur Diskussion mit den Referenten wurden ebenso mit über 90% als sehr gut bis gut bewertet, jeweils 4% empfanden diese Punkte als befriedigend oder ausreichend. 2 bzw. 4% der Teilnehmer machten dazu keine oder ungültige Angaben.

Mehr als 85% der Teilnehmer gaben den Punkten der technischen Organisation und des eigenen Erkenntnisgewinns eine gute Bewertung. In 13% bzw. 11% wurden diese Punkte mit den Noten drei und vier bewertet.

Die Einhaltung des Zeitrahmens und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit Kollegen wurde von 70% bzw. 79% als insgesamt gut empfunden, unzufrieden waren damit 25% (4% gaben keine oder ungültige Angaben) bzw. 21% der Befragten.

6 Diskussion

6.1 Methoden

6.1.1 Befragung zu den Seminarinhalten

Die zentralen Qualitätskriterien Objektivität, Reliabilität und Validität müssen beim Einsatz eines Fragebogens dabei als Meßinstrument beachtet werden.

Von Objektivität kann in diesem Fall ausgegangen werden, da durch die Verwendung des Multiple-Choice-Fragebogens die Ergebnisse der Befragung unabhängig vom Untersucher eindeutig auszuwerten waren (Borzt/Döring, 2002, S. 214). Die Reliabilität eines Fragebogens kennzeichnet die Möglichkeit der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse bei gleichen Rahmenbedingungen. Die Reliabilität des Fragebogens in dieser Zusammenstellung ist gegeben, da er bei den drei in verschiedenen Städten stattgefundenen Ärzte-Seminaren zum Thema Stillen wiederholt eingesetzt wurde. Die Validität gibt an, inwieweit mit dem Fragebogen genau das gemessen wird, was gemessen werden soll. Da die Auswahl der Fragen sich in hohem Maß an dem Ziel der Überprüfung des Kenntnisstandes der Ärzte zum Thema Stillen orientiert, ist die Inhaltsvalidität gegeben. Zur Aussage über die Kriteriumsvalidität und die Konstruktvalidität reichen die durchgeführten Befragungen nicht aus. Dazu müssen noch weitere Messungen in der Zielgruppe erfolgen (Diekmann, 1998, S. 216 ff, 224, 374).

Die vorgelegten Fragebögen der Eingangsbefragung wurden von jedem Seminar-Teilnehmer selbständig bearbeitet, die Erhebungssituation war also für alle Teilnehmer gleich. Diese Methode der Erhebung blieb zum einen kostengünstig, zum anderen konnte der erforderliche Zeitaufwand so gering wie möglich gehalten werden. Zudem eignet sich diese Methode äußerst gut für die Befragung einer homogenen Gruppe, wie in diesem Fall die Ärzte aus den Fachrichtungen Gynäkologie und Pädiatrie (Bortz/Döring, 2002, S. 253).

Für die Nachbefragung der Seminar-Teilnehmer wurde der Fragebogen drei bis vier Monate nach der Intervention an die Teilnehmer versendet. Um die Kooperationsbereitschaft der Befragten nicht zu gefährden, wurde auf die

Empfehlungen in der wissenschaftlichen Literatur zurückgegriffen. So wurden die Teilnehmer bereits während des Seminars über die nochmalige Befragung zu einem späteren Zeitpunkt informiert. Nach Borzt/Döring (2002) ist mit einer größeren Rücklaufquote zu rechnen, wenn bei der postalischen Befragung ein persönlich verfasstes Anschreiben und ein frankierter Rückumschlag beigelegt ist. Zudem wird die Rücklaufquote von der Art der befragenden Institution beeinflusst, so dass die Durchführung einer Befragung in Zusammenarbeit mit einer Hochschule, wie in diesem Fall die HAW Hamburg, sich positiv auf die Rücklaufquote auswirkt (Jones, 1979). „Die höchsten Rücklaufquoten werden für Befragungen erzielt, die sich an homogene Teilpopulationen wenden, für die der Umgang mit schriftlichen Texten nichts Ungewöhnliches ist.“ (Borzt/Döring, 2002, S. 257). Die teilnehmende Ärzteschaft bildete eine durchaus homogene Gruppe und ist aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung im Umgang mit verschiedenster Literatur vertraut. Dies gilt ebenso für die Befragung der Teilnehmer der Kontrollgruppe.

Die gewählte Technik der schriftlichen Befragung mittels Multiple-Choice-Fragebogen erwies sich als äußerst geeignetes Instrument. Durch die Ermittlung von Daten einmal vor der Intervention sowie mindestens einmal zu einem späteren Zeitpunkt nach der Intervention, lässt sich die Wirkung der Intervention untersuchen (Christiansen, 1999, S. 60).

6.1.1.1 Fragebogengestaltung

Die Auswahl der Fragen für die Eingangsbefragung orientierte sich an Themen, die in der praktischen Stillberatung relevant sind sowie am allgemeinen erwarteten Kenntnisstand der Ärzte zum Thema Stillen. In den Fragebögen für die Nachbefragung bzw. Befragung der Kontrollgruppe wurden neben Themen zur praktischen Stillberatung auch die Inhalte des Seminars aufgegriffen. Des Weiteren wurden durch die Entwicklung der Fragebögen in Zusammenarbeit von VELB und HAW Hamburg Fragen aufgenommen, die entweder für die eine oder die andere Institution von besonderem Interesse oder besonderer Wichtigkeit zu sein schienen.

Für die Entwicklung weiterer Fragebögen, sollte die Gestaltung der Fragebögen sowie die einzelnen Fragen überprüft werden. Zur besseren Auswertung von Eingangs- und Nachbefragung sowie der Befragung einer Kontrollgruppe sollte ein einheitliches Maß gewählt werden. So wäre es sinnvoll im Multiple-Choice-Fragebogen jeweils nur eine richtige Antwortmöglichkeit pro Frage zuzulassen (Bortz/Döring, 2002, S. 214). Ebenfalls empfehlenswert wäre es, schon für die Eingangsbefragung bereits die geplanten Themen des Seminars zu berücksichtigen. Wenn man einen Fragebogen entwickelt, der sowohl für eine Eingangsbefragung als auch für eine Nach- und Kontrollgruppen-Befragung eingesetzt werden kann, ließen sich die Befragungsgruppen besser vergleichen und damit eine konkretere Aussage über die Notwendigkeit und Effektivität derartiger Seminare machen.

Während der Auswertung der Fragebögen der drei Befragungen wurde die Relevanz der einzelnen Fragen und Antworten deutlich. Einige Fragen schienen im Nachhinein überflüssig zu sein, andere erfordern weitere Nachforschungen. Dies war während der Entwicklung der Fragebögen nicht absehbar.

6.1.2 Teilnehmer-Bewertung des Ärzte-Seminars

Der für die Gesamtbewertung des Seminars eingesetzte Fragebogen der Ärztekammer Berlin erwies sich ebenfalls als geeignetes Erhebungsinstrument. Für die verschiedenen Items des Fragebogens wurde die Likert-Skala mit ihren sechs Ausprägungen entsprechend der deutschen Schulnoten verwendet. Die bereits beschriebenen Qualitätskriterien für Fragebögen sind auch für diese Befragung erfüllt. Ebenso erwies sich die Methode der Erhebung, direkt im Anschluß an das Seminar, als geeignetes Verfahren. Der Eindruck der Ärzte von dem Seminar wurde so sehr zeitnah erfasst, somit konnten andere Einflüsse ausgeschlossen werden. Außerdem lässt sich der zusätzliche positive Effekt der geringen Kosten und dem geringen Zeitaufwand nicht ignorieren.

6.1.2.1 Fragebogengestaltung

Wie schon die Fragebögen zum Kenntnisstand der Ärzte zum Thema Stillen, entspricht auch dieser Fragebogen den allgemeinen Anforderungen, wie sie in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben werden. Die einzelnen Punkte des Fragebogens geben Auskunft über die Bewertung des Seminars. Da in einigen Fällen zu unterschiedlichen Punkten keine eindeutige Note abgegeben wurde, bleibt zu erwägen, ob eine noch klarere Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens notwendig ist.

6.1.3 Datenverarbeitung

Für die Auswertung der Befragungen wurden die Microsoft-Programme Excel[®] und MedCal[®] verwendet. Diese Programme erwiesen sich als geeignete Software für die statistische Auswertung sowie die graphische Darstellung des Datensatzes.

6.2 Befragung zum Seminar-Inhalt

Die Ergebnisse aus der Eingangsbefragung lassen auf einen eher geringeren Kenntnisstand dieser Ärzte zum Thema Stillen schließen. Während der Ausbildung der Ärzte werden die Ernährung eines Säuglings sowie die verschiedensten Vorteile des Stillens und die Probleme, die beim Stillen auftreten können, praktisch nicht besprochen. Wie aus dem Klinischen Curriculum Medizin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Humangenetik, sowie dem Querschnittsbereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin und dem Querschnittsbereich Prävention und Gesundheitsförderung (Verantwortlich H-P Schmiedebach, 2005) hervorgeht, ist eine Ausbildung weder in der Physiologie des Stillens noch in der Stillförderung vorgesehen. Dieses Defizit wird auch von F. Peters, F. et al. bereits 2001 dargestellt. Außerdem wird bei der Weiterbildung zum Facharzt der Gynäkologie und der Pädiatrie nur selten auf das Thema Laktation und Stillen eingegangen (Peters, F. et al., 2001). Den angehenden Ärzten wird zwar die Heilung von Krankheiten gelehrt, jedoch nicht die Primär-Prävention verschiedenster Beschwerden.

In unterschiedlicher wissenschaftlichen Literatur wird dem weit zu fassenden Thema Stillen im allgemeinen nur wenig Platz gewidmet. So schreibt K. Knörr in seinem Buch „Schwangerenvorsorge, Prävention für Mutter und Kind“ von 1983 nichts zum Thema Stillen, obwohl es in den einzelnen Kapiteln unter anderem um die Beratung der Schwangeren und die Ernährung geht. Aber auch die neuere Literatur weist solche Informationslücken auf. Netter's Pädiatrie von 2001 befasst sich ebenso nicht mit dem wichtigen Thema Stillen. In einem Großteil der gynäkologischen und pädiatrischen Lehr- und Fachbücher wird zwar dem Stillen ein eigenes Kapitel eingeräumt, die darin aufgeführten Anleitungen und Empfehlungen entsprechen jedoch nicht immer den vorherrschenden wissenschaftlichen Erkenntnissen. So werden z.B. selten die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind dargelegt (z.B. Steller et al., 1994; Obladen, 1995; Brehm, 1991). Dieser eher geringere Umfang in der Literatur lässt das Stillen als nicht besonders unterstützenswert erscheinen. Darin könnte die Ursache der geringeren Kenntnis der Ärzte zum Thema Stillen begründet sein. Vielfach wird zwar das Stillen nach Bedarf (feeding on demand) vorgeschlagen, andererseits wird aber auch, wie im Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe von Martius et al., (1996), und im Klinikleitfaden Gynäkologie und Geburtshilfe von Steller et al., (1994), die Einhaltung einer Nachtruhe von 22.00 Uhr bis 6.00 Uhr empfohlen. Auch das Füttern von Glucoselösung in den ersten Lebenstagen wird in der Literatur beschrieben mit der Begründung, dass die Mutter in den ersten Tagen noch nicht ausreichend Milch für den Säugling hat (Obladen, 1995, S. 64; Harnack, 1990, S. 73). Als eine Ursache für eine kurze Stilldauer ist jedoch das frühe Zufüttern von Flüssigkeiten wie Tee, Glukoselösung und Formulanahrung in wissenschaftlichen Studien belegt worden (von Stockhausen, 2002; Vogel et al., 1999).

Als häufigster Grund für das Abstillen wird von den Müttern oft angegeben, zu wenig Milch gehabt zu haben (Vogel et al., 1999, S. 1321;). Die Ergebnisse aus der SuSe-Studie von 1997-1998, aus denen eine extrem rasche Abnahme der Stillfrequenz in den ersten 14 Tagen, gefolgt von einer (wenn auch etwas weniger) starken Abnahme bis zum sechsten Lebensmonat, ersichtlich ist (Kersting und Dulon, 2002, S. 1198), stehen in engem Zusammenhang mit den Wachstumsschüben eines Säuglings. Diese Schübe treten in der Regel um den

zehnten Lebenstag, mit ca. sechs Wochen und mit ca. drei bis vier Monaten auf. Das Kind ist in dieser Phase besonders unruhig und muss bzw. möchte häufig gestillt werden. Bei wenig informierten Müttern kann daher der Eindruck geweckt werden, dass die Ursache für dieses unruhige Verhalten des Säuglings an mangelnder Milchmenge liegt und damit die Ernährung des Säuglings ausschließlich mit Muttermilch nicht mehr auszureichen scheint. Das aus diesem Grunde begonnene Zufüttern kann die Fortsetzung des Stillens ernsthaft gefährden (Grützmaker, 2003, S. 383).

In der Eingangsbefragung kannten die Teilnehmer des Seminars nur zu 59% die Erklärung des Wachstumsschubes für unruhiges Verhalten und eine häufige Stillfrequenz. Zwar wurde von niemandem die Empfehlung des Zufütterns genannt, es wurde dennoch angeraten, entweder die Stillpausen zwischen zwei Stillmahlzeiten zu verlängern oder die Trinkmenge durch regelmäßiges wiegen zu kontrollieren. Diese Erkenntnis wurde im Seminar hinreichend ausgeführt, was zur Folge hatte, dass in der Nachbefragung alle Seminar-Teilnehmer die entsprechende Symptomatik als normales Verhalten für dieses Alter ansahen. Bei der Befragung der Teilnehmer der Kontrollgruppe gab jeder Zehnte der Befragten an, dass die Mutter in diesem Fall über zu wenig Milch verfüge.

Von den 49 beantworteten Fragebögen der Eingangsbefragung war nur ein gutes Fünftel der Teilnehmer über die Empfehlungen von WHO und UNICEF für sechs Monate ausschließlichen Stillens und weiteres Stillen bis ins zweite Lebensjahr hinein, informiert. Ein ähnliches Ergebnis stellte sich bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe heraus, wo für 28% die Empfehlungen bekannt waren. Ebenfalls jeder Fünfte gab vor der Intervention eine Dauer ausschließlichen Stillens von vier bis sechs Monaten als ausreichend an. In der wissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Zeitangaben zur ausschließlichen Stilldauer gemacht. Die von WHO und UNICEF empfohlene Stilldauer für ausschließliches Stillen von sechs Monaten wird nur selten beschrieben. Dass das Stillen erst nach dem sechsten Lebensmonat keine ernährungsphysiologischen Vorteile mehr für den Säugling bietet, wird z.B. von Harnack (1990), beschrieben. Überwiegend wird in der Literatur jedoch empfohlen, den Säugling vier Monate zu stillen (Dudenhausen und Pschyrembel, 2001, S. 367; Koletzko, 2004, S. 129; Kersting und Dulon,

2002, S. 1196). Die Empfehlung von WHO und UNICEF für sechsmonatiges ausschließliches Stillen (vgl. Kapitel 2.1.1), ist während des Seminars klar dargelegt und die Wichtigkeit deutlich herausgestellt worden. Die Seminar-Teilnehmer wußten nach der Intervention signifikant besser über diese Empfehlung Bescheid ($p < 0,001$).

Bei den absoluten Kontraindikationen zum Stillen beschreibt die Literatur unterschiedlich genau die Stillhindernisse. Dudenhausen und Pschyrembel (2001, S. 368) beschreiben verschiedene Erkrankungen der Mutter, wie offene Tuberkulose, HIV-Infektion in der westlichen Welt, Phenylketonurie und Krebs-Erkrankung als absolute Kontraindikation. Bei Martius et al. (1994, S. 304) wird beim Verabreichen von Medikamenten an die Mutter während der Stillzeit auf die eventuellen damit verbundenen Risiken für das Kind hingewiesen, die jedoch nicht näher beschrieben werden. Eine Liste gibt dabei Auskunft über die relativen und absoluten Kontraindikationen verschiedener Medikamente. Es gilt für die Behandlung von mütterlichen Erkrankungen genau zu prüfen, ob ein Medikament eingesetzt werden kann, welches für das Fortbestehen des Still Erfolges mit Sicherheit nicht hinderlich ist. Die Auswertungen der Befragungen zeigen in diesem Punkt eine realistische Einschätzung der Befragten. Die Frage zu den kindlichen Konsequenzen bei mütterlicher Antibiotikabehandlung wurde nur von 3% mit der Empfehlung, das Stillen zu beenden, beantwortet. Die Teilnehmer der Nachbefragung und Kontrollgruppe wußten ebenso gut über die Fortführung des Stillens bei einer geeigneten Antibiotikabehandlung Bescheid.

Wie WHO und UNICEF bereits seit den 70er Jahren betonen, hat die Entbindungsklinik einen entscheidenden Einfluss auf den Stillbeginn und damit auch auf die Stilldauer. Ihr kommt somit eine Schlüsselrolle in der Stillförderung zu (Kersting und Dulon, 2001, Abou-Dakn und Strecker, 2003). Die Zertifizierung zum „Stillfreundlichen Krankenhaus“ durch international anerkannte externe Gutachter ermöglicht eine hohe Qualität der Stillförderung zu erreichen und den Prozess in den Kliniken zu fördern (Abou-Dakn und Strecker, 2003). Durch entsprechende Schulungen des gesamten Teams einer Entbindungsabteilung und der Entwicklung von schriftlichen Richtlinien zur Stillförderung sowie Pflegestandards zum Stillen, ist es möglich, die seit mehreren Jahren praktizierten Arbeitsabläufe

zu hinterfragen und zu aktualisieren. Zum einen ermöglicht dies eine vereinfachte Einarbeitung neuer Mitarbeiter, zum anderen erfolgt eine einheitliche Anleitung der Mütter, die dann auch nicht wegen der unterschiedlichen Meinungen des betreuenden Personals verunsichert werden.

Die aus Norwegen und Schweden beschriebene stark zugenommene Häufigkeit und Dauer des Stillens, ist vermutlich auf die Einführung neuer Versorgungsformen und -abläufe in den Krankenhäusern zurückzuführen (Winberg, 2001). Zu den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ gehört ebenfalls die Motivation und Unterstützung der Eltern. Pugin (1996) konnte zeigen, dass signifikant mehr Mütter nach sechs Monaten noch stillen, wenn in den Geburtsvorbereitungsgruppen eine entsprechende Stillvorbereitung erfolgte. Wie Abou-Dakn und Strecker weiter in ihrem Artikel „Einflussfaktoren der Entbindungsklinik auf den Stillbeginn“ (2003) beschreiben, werden im Vivantes Humboldt-Klinikum in Berlin Reinickendorf diese Schritte umgesetzt. Es werden Stillinformationsabende angeboten, außerdem wird auf das Thema Stillen ausführlich in den Geburtsvorbereitungskursen oder in speziellen Stillkursen eingegangen. Für den Mutterpass wurde ein Einlegeblatt entworfen, welches stichpunktartig die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind darstellt. Außerdem erfolgte die Einrichtung eines Stillcafés sowie einer 24-Stunden Stillhotline. Durch die Umstellung von unterschiedlichen medizinischen Arbeitsabläufen wurde die Optimierung des Stillbeginns umgesetzt.

Verschiedene Studien (Victoria, 1997; Martin-Calama, 1997) haben gezeigt, dass durch den Gebrauch von Schnullern und durch die Zufütterung von Glukose oder Formulanahrung die Kinder signifikant kürzer gestillt werden. Nachdem bei der Eingangsbefragung unter den Teilnehmern des Ärzte-Seminars lediglich 49% der Befragten wußten, welche der vier möglichen Antworten zu den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ gehörten, konnten die Seminar-Teilnehmer diese Frage in der Nachbefragung mit 97% richtig beantworten. Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass die Teilnehmer nach der Intervention signifikant besser mit den „Zehn Schritten...“ vertraut waren ($p < 0,01$). Bei den Seminar-Teilnehmern handelte es sich überwiegend um Ärzte aus Kliniken (vgl. Kapitel 4.1.3), die normalerweise ein geringeres Durchschnittsalter aufweisen. Diese

jungen Ärzte haben eine hohe Anforderung an sich selbst, ihr Wissen möglichst vielseitig zu erweitern. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe setzt sich, wie bereits in Kapitel 4.1.3 beschrieben, ebenfalls überwiegend aus Klinikärzten zusammen. Aufgrund des überaus guten Ergebnisses der Kontrollgruppe, von denen 86% die richtige Antwort zu den „Zehn Schritten...“ kannten, lässt sich vermuten, dass die Teilnehmer der Kontrollgruppe sich mit den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ bereits auseinander gesetzt oder entsprechende Schulungen besucht haben.

Da es in der Gesellschaft und in den Familien kaum noch eine Stilltradition gibt, sind die werdenden Eltern auf Informationen bezüglich des Stillens von Professionellen aus Gesundheitsberufen oder Beratungsstellen und/oder aus den heutzutage üblichen Informationsquellen, wie Presse, Fernsehen, Flyer und Internet angewiesen. Es steht außer Frage, dass Medien die persönliche Beratung nur ergänzen können. Die jeweilige individuelle Situation einer Mutter kann immer noch am besten in einem persönlichem Gespräch besprochen werden. Leider wird der Vorteil des persönlichen Gesprächs in der Praxis viel zu selten realisiert. Die Nationale Stillkommission schreibt dem medizinische Personal und den Laktationsberaterinnen eine führende Rolle in der Stillförderung zu. Damit wird auch die Anforderung an die in diesem Bereich Tätigen, die persönliche Beratung in den Vordergrund zu stellen und dadurch zum Wiederaufbau einer Stillkultur beizutragen, verbunden (Kersting und Dulon, 2001; Lukassowitz, 2001).

Da die Teilnehmer des Seminars nach der Intervention signifikant häufiger und mit besseren Kenntnissen mit den werdenden bzw. jungen Müttern über das Stillen sprechen, lässt darauf schließen, dass die Teilnahme an diesem Seminar nutzt. Dennoch bleibt offen, ob die Ärzte, die nun angaben, häufiger mit den Patienten über das Stillen zu sprechen, dies aus ihrer persönlichen Überzeugung der Notwendigkeit heraus und aus Eigeninitiative tun, da sie nach diesem Seminar von sich aus motivierter sind, oder ob sie sich nun auf ein Gespräch diesbezüglich von Seiten der Patientinnen eher einlassen, weil sie über mehr Kenntnisse verfügen. Die durch das Seminar erreichten Effekte sind bereits erkennbare Schritte in Richtung des Bewußtwerdens und Erstnehmens der ärztlichen Rolle in der Stillförderung.

Die ermittelten Daten aus der Kontrollgruppenbefragung haben im Mittel einen Kenntnisstand zwischen den Ergebnissen der Eingangsbefragung und den Ergebnissen der Nachbefragung ergeben. Es ist nicht auszuschließen, dass dieses Ergebnis regional bedingt ist, da die Kontrollgruppe als nicht repräsentativ zu sehen ist. Um regionalen Unterschieden im Kenntnisstand der Ärzte entgegenzuwirken, sollten für eine Kontrollgruppe Ärzte aus verschiedenen Teilen Deutschlands rekrutiert werden.

6.3 Bewertung des Ärzte-Seminars durch die Teilnehmer

Der Gesamteindruck des Seminars ist von 92% der teilnehmenden Ärzten in mit den Noten eins und zwei als sehr positiv beurteilt worden. Die fehlenden 8% ergeben sich aus ungültigen Angaben. Ebenso ist die Auswahl der Themen, die während des Seminars vorgetragen und besprochen wurden, mit sehr gut (93 - 100%) bewertet worden. Außerdem wurde praktisch keine Werbung für Medizinprodukte betrieben, was von allen TeilnehmerInnen ebenfalls als sehr gut bewertet wurde.

Die insgesamt sehr guten bis guten Ergebnisse der Bewertung des Seminars lassen darauf schließen, dass dieses Seminar deutlich im Interessengebiet der Ärzte lag. Die teilnehmenden Ärzte waren zwar einerseits mit dem Themengebiet des Stillens bereits vor dem Seminar vertraut (siehe Ergebnisse Eingangsbefragung), andererseits scheinen sie aus eigenem Informationsbedarf an dem Seminar teilgenommen zu haben, was sich aus dem Vergleich der Daten der Eingangs- und Nachbefragung sowie der Eingangs- und Kontrollgruppenbefragung interpretieren lässt.

Vier Punkte wurden jeweils zu mehr als 10% mit den Noten drei und vier bewertet (siehe Abbildung 12). Bei dreien dieser Punkte handelt es sich im direkten und weiteren Sinn um Mängel in der Organisation. Die beiden größten Kritikpunkte lagen in der Einhaltung des Zeitrahmens (28%) und in der zu knapp bemessenen Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit Kollegen (21%). Es sollte überlegt werden, wie das Seminar anders strukturiert werden kann. Seitens der Ärzte besteht offenbar ein beachtlicher Bedarf an der Möglichkeit der Diskussion nach

den Vorträgen sowie mit anderen Kollegen über die Erfahrungen (sei es auch nicht zu diesem Thema) aus dem Berufsalltag ins Gespräch zu kommen. Dies war wegen der Enge des Zeitrahmens offensichtlich in nicht ausreichender Weise möglich. Um diese zeitliche Knappheit zu umgehen, ist zu erwägen, das Seminar über zwei Tage anzubieten. Dem entgegen steht allerdings der erhebliche, insbesondere zeitliche Mehraufwand für die Ärzte. Dennoch sollte geprüft werden, ob die Ärzte bereit wären, für ein solches Seminar auch zwei Tage aufzuwenden. Mit der „technischen Organisation“, also den Anmeldemodalitäten und dem Ablauf, zeigten sich nahezu 90% der Teilnehmer zufrieden.

Die Ergebnisse der Eingangsbefragung und der Nachbefragung zeigen einen erheblichen Wissensgewinn unter den teilnehmenden Ärzten. 89% der befragten Ärzte konnten einen guten bis sehr guten Erkenntnisgewinn für sich feststellen.

Die übrigen Kriterien zur Beurteilung des Seminars wurden mit über 95% als gut bzw. sehr gut bewertet (siehe Abbildung 12), was als volle Zufriedenheit interpretiert werden kann.

Zwar beurteilten die teilnehmenden Ärzte die Punkte „Informationsgehalt“ und „klinische Relevanz“ in über 95% mit gut bzw. sehr gut, dennoch wurde von immerhin 11% der eigene Erkenntnisgewinn nur als befriedigend eingeschätzt. Einerseits kann man davon ausgehen, dass ein guter „Informationsgehalt“ und eine positive „klinische Relevanz“ auch einen positiven Einfluss auf den „eigenen Erkenntnisgewinn“ hat, andererseits zeigt dieses Ergebnis, dass trotz positiver Voraussetzungen, der eigene Erkenntnisgewinn kritisch betrachtet wird. Auch lässt sich dazu sagen, dass insgesamt große Zufriedenheit durch viel Information und Relevanz erreicht wurde, was nicht unbedingt zur Folge hatte, dass auch das eigene Wissen erweitert wurde. Es ist möglich, dass die Teilnehmer, die einen geringeren Erkenntnisgewinn für sich feststellten, dennoch der Meinung waren, dass der „Informationsgehalt“ und die „klinische Relevanz“ durchaus von großer Wichtigkeit waren.

7 Handlungsempfehlungen

Es sollten regelmäßige berufsbegleitende Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, insbesondere Gynäkologen und Pädiater, zum Thema Stillen und der Bewältigung von Stillproblemen stattfinden, da hier eine Verbesserung der Stillförderung und ein adäquater Umgang mit Stillproblemen erzielt werden kann (vgl. Kapitel 2.6). Die Kenntnisse über das Stillen und seine Förderung, sowohl praktisch als auch theoretisch, können damit aufgefrischt bzw. aktualisiert werden. Zudem sollten die in der Betreuung von Mutter und Kind beschäftigten Gynäkologen von der physiologischen Entwicklung eines Säuglings (z.B. Ursachen für unruhiges Verhalten des Säuglings in bestimmtem Alter), sowie weiteren pädiatrischen Themen informiert sein, andererseits sollten auch die Pädiater über die Grundlagen der gynäkologischen Themen Kenntnisse haben. Beide Fachrichtungen sollten gleichermaßen von den Vorteilen des ausschließlichen Stillens in den ersten sechs Lebensmonaten hinreichend informiert werden.

Wie die Ergebnisse dieses evaluierten Seminars zur Stillförderung zeigen, ist die Durchführung derartiger Seminare ein sinnvoller Beitrag zum Erkenntnisgewinn bei Ärzten und damit zur Stillförderung und zur Gesundheitsförderung. Klinikärzte können durch die Teilnahme an Seminaren dieser Art dazu ermutigt werden, die gewohnten Arbeitsabläufe zum Wohle von Mutter und Kind zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. Zu diesem Zweck sollten Strategien entwickelt werden, die auch ältere Ärzte zur Teilnahme an diesen Seminaren veranlassen, da sie meist an der Durchsetzung neuer Erkenntnisse und Abläufe maßgeblich beteiligt sind.

In der Anleitung der Mütter zum Stillen kommt es immer wieder zu widersprüchlichen Meinungen und Empfehlungen sowohl von den verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Krankenschwestern, Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Ärzte) als auch innerhalb einer Berufsgruppe. Da den Entbindungskliniken eine entscheidende Rolle in der Stillförderung zukommt, kann durch die Umsetzung der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ der Initiative „Stillfreundliches Krankenhaus“ von WHO und UNICEF zur weltweiten Förderung des Stillens (vgl. Kapitel 2.6), eine einheitliche Beratung gefördert werden. Die dringende Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit der verschiedenen

Berufsgruppe sowie Einrichtungen, die mit der Betreuung von Mutter und/oder Kind beauftragt sind, sollte vorangetrieben werden.

Die internationale Literatur belegt, dass die Entscheidung, zu stillen, bereits in der Schwangerschaft getroffen wird und der Stillerfolg von der Stillförderung in den ersten Lebenstagen des Säuglings abhängt. Für die Entscheidungshilfe bereits in der Schwangerschaft sind die niedergelassenen Ärzte angehalten, die werdenden Eltern über die vielfältigen Vorteile des Stillens für Mutter und Kind zu informieren. Ebenso sollte bereits vor der Geburt des Kindes auf mögliche Probleme, die beim Stillen auftreten können, hingewiesen werden. Diese Probleme sollten als „normal“ dargestellt werden, die man auf verschiedene Art und Weise meist schonend beheben kann und die das Weiterstillen nicht gefährden. Ein besonderer Fokus sollte auf sozial benachteiligte Schwangere und deren Familien gelegt werden, da diese meist weniger über die Vorteile sowie über die „normalen“ Probleme informiert sind (vgl. Kapitel 2.6) und geringere Stillquoten aufweisen. Das persönliche Gespräch zur Abklärung der individuellen Situation steht dabei im Vordergrund. Kurze schriftliche Informationen und Informationen über Angebote, wie Selbsthilfegruppen, sind hier ein weiterer wichtiger Beitrag zur Förderung des Stillens.

In einer repräsentative Studie wurde die Stillsituation im Bundesdurchschnitt im Vergleich zu einer Klinik, in der die Stillförderung effektiv gestaltet wurde, dargestellt. Diese bereits Anfang der 80er Jahre durchgeführte Studie zeigte, dass im Bundesdurchschnitt nur noch 19% der Kinder vier Monate nach der Geburt noch voll gestillt wurden, wohingegen 34% der Kinder im gleichen Alter aus der Stillförderung betreibenden Klinik noch in den vollen Muttermilchgenuß kamen (Werner, 1992, S. 38). Etwa 15 Jahre danach zeigte das Ergebnis der SuSe-Studie einen Anteil der voll gestillten Kinder im Alter von vier Monaten von immerhin 33% (Kersting und Dulong, 2002). Einerseits läßt sich diese Steigerung des Anteils der in diesem Alter vollgestillten Säuglinge auch auf die heutzutage spätere und bewußtere Entscheidung für ein Kind zurückführen, andererseits ist es möglich, dass dieser Effekt auf die Ausdehnung der Stillförderung begründet ist. Maßnahmen zur Stillförderung sollten weiter ausgebaut und durchgeführt werden.

8 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Diplomarbeit war die Feststellung des Nutzens der Seminare für Ärzte „Stillen - Evidence based kontra Ideologie“. Anhand von Fragebögen, die von den insgesamt 52 Seminar-Teilnehmern einmal vor und einmal drei bis vier Monate nach der Intervention sowie von einer Kontrollgruppe bearbeitet wurden, konnten Unterschiede im Kenntnisstand herausgestellt werden.

Die von 1996 bis 1998 in Deutschland durchgeführte repräsentative Studie zum Stillen und Säuglingsernährung (SuSe-Studie) belegt, dass von 90% primär stillwilligen jungen Müttern lediglich 33% ihre Kinder im Alter von vier Monaten und nur noch 10% ihre sechs Monate alten Kinder stillen. Angesichts der von WHO und UNICEF empfohlenen ausschließlichen Stilldauer von sechs Monaten sowie der vielfältigen Vorteile für die Gesundheit von Mutter und Kind und für das Gesundheitssystem, zeigen diese Werte die dringende Notwendigkeit des Handlungsbedarfs.

Die internationale Literatur ist sich darin einig, dass die Entscheidung zu stillen durch frühe Meinungsbildner in der Schwangerschaft beeinflusst wird und der Erfolg einer ausreichend langen Stillzeit von sechs Monaten, wesentlich von der Stillförderung während der ersten Tage nach der Geburt abhängt. Während der Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren sowie während der Versorgung der Wöchnerinnen in der Klinik oder ambulant, leisten die Gynäkologen einen wesentlichen Anteil in der Betreuung der werdenden bzw. jungen Mütter bzw. Eltern. Somit kommt den niedergelassenen Gynäkologen neben den Hebammen sowie den Entbindungskliniken eine Schlüsselrolle in der Stillförderung zu.

Die diskutierten Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine deutliche Notwendigkeit an der Durchführung von Seminaren dieser Art besteht. Geringe Kenntnis über das Stillen und geringe Wahrnehmung der beratenden Funktion zum Thema Stillen des betreuenden Gynäkologen und Pädiaters, stellen eine Gefährdung des Stillerfolges dar. Die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Stillberatung werden erfreulicherweise zunehmend angeboten und wahrgenommen (Peters, F.

et al., 2001). Zudem sollte an der interdisziplinären Zusammenarbeit der unterschiedlichen Einrichtungen unbedingt weiter gearbeitet werden.

Mit der Teilnahme an dem Seminar „Stillen - Evidence based kontra Ideologie“ sind die überwiegend aus Kliniken stammenden jungen Gynäkologen und Pädiatern, ihrem Wunsch nach vielseitiger eigener Kenntniserweiterung nachgekommen. Aus den signifikanten Ergebnissen der erhobenen Daten ist die positive Auswirkung dieser Maßnahme erkennbar.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

Abou-Dakn, M.: *Stillförderung in Deutschland.*

<http://www.geburtskanal.de/Wissen/Stillen/StillFoerderungInDeutschland.php>,
Ausdruck vom 02.06.2005.

Abou-Dakn, M.; Strecker, JR.: *Einflussfaktoren der Entbindungsklinik auf den Stillbeginn.* Zentralblatt Gynäkologie, 2003 (125), S. 386 - 392.

Abou-Dakn, M.: *Förderung der Emotionalität bei Mutter und Kind durch Stillen.* München: Fortschritte in der Stillberatung, Internationales u. interdisziplinäres Symposium, 06.-07.05.2005.

Appel, K.: *Stillen kontra Muttermilchersatz. Reglement der WHO wird häufig unterlaufen.* Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1998 (58), S.195-197.

Bader, P.; Tsang, A.: *Langfristige Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit des Kindes.* In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), *Stillen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 253-263.

Ball, TM.; Wright, AL.: *Health care costs of formula-feeding in the first year of life.* Pediatrics, 1999 (103), S. 870-876.

Benkert, B.: *Stillen und Muttermilch, Vorbereitung auf das Stillen und erste Schritte.* In: BZgA (Hrsg.), (Gesundheitsförderung Konkret, Band 3), Köln: BZgA, 2001, S. 61-66.

Bundesgesetzblatt: 1994, Teil I, Seite 2846, *Gesetz über die Werbung für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung (Säuglingsnahrungswerbegesetz - SNWG).* Vom 10. Oktober 1994, <http://www.jura.uni-sb.de/BGBl/TEIL1/1994/19942846.1.HTML>, <http://www.jura.uni-sb.de/BGBl/TEIL1/1994/19942847.1.HTML>.

Borch-Johnson, K.; Johner, G.; Mandrup-Poulsen, T.: *Relation between breast-feeding and incidence rates of insulin-dependent diabetes mellitus.* The Lancet, 1984 (10), S. 1083-1086.

Borzt, J.; Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2002, 3. Auflage, S. 253-257.

Breckwoldt, M.: *Gynäkologie und Geburtshilfe, Sicher durch Studium und Praxis.* In: A. Pfeiderer, M. Breckwoldt und G. Martius (Hrsg.), Stuttgart, New York: Thieme, 2002, 4. korrigierte Auflage, S. 436-463.

Brehm, HK.: *Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Krankenpflegeberufe.* Stuttgart, New York: Thieme, 1991, 7. überarbeitete Auflage, S. 479 - 483.

Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und das Umweltbundesamt (UBA): *Flammschutzmittel in Muttermilch stellen in Deutschland kein Risiko für Säuglinge dar. Stillen bleibt die beste Ernährung für Säuglinge.* Ausdruck im Juli 2005. <http://www.bfr.bund.de/cms5w/sixcms/detail.php/6565>.

Cattaneo, A.: *Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan.* Dublin, Irland: EU-Konferenz zur Förderung des Stillens in Europa am 18. Juni 2004.

Chelius, HH.; Ohlenroth, G.: *Über den Einfluss unterschiedlicher Ernährungsbedingungen auf das Gedeihendes Neugeborenen in den ersten Lebenstagen.* Geburtshilfe u. Frauenheilkunde, 1968 (28), S. 248-256.

Chessex, P.; Reichman, BL.; Verellen, GJE.: *Influence of postnatal age, energy intake, and weight gain on energy metabolism in the very low-birth-weight infant.* Journal of Pediatrics, 1981 (99), S. 761-766.

Christiansen, G.: *Wirkungsanalyse, Planung von Wirkungsanalysen, Forschungsdesign.* In: BZgA (Hrsg.), *Evaluation - ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung, (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 8),* Köln: BZgA, 1999, S. 58-70.

Coulter, DM.; Avery, ME.: *Paradoxical reduction in tissue hydration with weight gain in neonatal rabbit pups.* Pediatric Res., 1980 (14).

Davis, MK.: *Review of the evidence for an association between infant feeding and childhood cancer.* Int. J. Cancer, 1998 (Suppl. II), S. 29-33.

Deneke, C.; Seibt, A.: *Gründe und Hintergründe zum Stillen oder Nicht-Stillen, Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung und Empfehlungen für stillfreundlichere Bedingungen und Unterstützung für sozial benachteiligte Mütter und Väter in Hamburg.* Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Life Sciences, Institut für Gesundheitswissenschaften e.V., 2004, S. 6-11.

Diekmann, A.: *Empirische Sozialforschung.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1998, 4. durchgesehene Auflage, S. 371-542

Dorea, JG.: *Changes in body weight and adiposity during lactation.* Nutrition Research, 1997 (17), S. 379-389.

Duckett, L.; Henly, S.; Avery, M.; Potter, S.; Hills-Bonczyk, S.; Hulden, R.; Savik, K.: *A theory of planned behavior-based structural model for breastfeeding.* Nurs. Res., 1998 (47), S. 325-336.

Dudenhausen, JW.; Pschyrembel, W.: *Praktische Geburtshilfe mit geburtshilflichen Operationen.* Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2001, 19. vollständig überarbeitete Auflage, S. 366-369, 393-395.

Eugster, G.: *Zehn erfolgreich Schritte zum Stillen.* Laktation und Stillen, 2004 (4), S. 162-164.

Friese, K.; Plath, C.; Briese, V.: *Frühgeburt und Frühgeborenes.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000, S. 244 - 247; 314 - 317.

Gentz, J.; Bengtsson, G.; Hakkarainen, J.; Hellstrom, R.; Persson, B.: *Metabolic effects of starvation during the neonatal period as studied in the piglet.* American Journal of Physiology, 1970 (218), S. 662-668.

Greene, GW.; Smiciklas-Wright, H.; Scholl, TO.; Karp, RJ.: *Postpartum weight change: How much of the weight gained in pregnancy will be lost after delivery.* Obstet Gynecol, 1988 (71), S. 701-707.

Grützmaker, A.: *Beratung bei Stillproblemen.* Zentralblatt Gynäkologie, 2003 (125), S. 381-385.

Haiek, LN.; Kramer, MS.; Ciampi, A.; Tirado, R.: *Postpartum weightloss and infant feeding.* Journal American Board of Family Practice, 2001 (14), S. 85-94.

Hanson, LA.: *Human milk and host defense; immediate and long-term effects.* Acta Paediatrica, 1999 (88), S. 42-46.

Herber-Jonat, S.: *Pressemitteilung.* München: 6. Mai 2005.

Hoey, C.; Ware, JL.: *Economic advantages of breast-feeding in an HMO setting: A pilot study.* American Journal of Managed Care, 1997 (3), S. 861-865.

Hormann, E.; Scherbaum, V.: *Aktuelle weltweite Situation des Stillens und der Beifütterung.* In: V. Scherbaum, F. Perl und E. Kretschmer (Hrsg.), Stillen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 48-55.

Huch, R.: *Vorteile des Stillens aus Sicht der Geburtshilfe.* In: BZgA (Hrsg.), Stillen und Muttermilch, (Gesundheitsförderung Konkret, Band 3), Köln: BZgA, 2001, S. 25-32.

Huenges, R.; Krawinkel, M.: *Stillen und frühkindliche Ernährung bei nicht infektiösen Erkrankungen des Kindes.* In: V. Scherbaum, F. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), Stillen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 229-238.

Jones, WH.: *Generalizing Mail Survey Inducement Methods: Population Interactions with Anonymity and Sponsorship.* Public Opinion Quarterly, 1979 (43), S. 102-112.

Kersting, M.; Dulong, M.: *Stillen, Einflußfaktoren des Stillens, Säuglingsernährung.*

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/forschung/7031_2371.php, Auszug vom 25.08.2005.

Kersting, M.; Dulong, M.: *Über das Stillen in Deutschland - die SuSe-Studie.* In: BZgA (Hrsg.), Stillen und Muttermilch, (Gesundheitsförderung konkret, Band 3), Köln: 2001, S. 269-278.

Kersting, M.; Dulong, M.: *Fakten zum Stillen in Deutschland.* Monatsschrift Kinderheilkunde, 2002 (150), S. 1196 - 1201.

Knörr, K.: *Schwangerenvorsorge.* München, Wien, Baltimore: Urban + Schwarzenberg, 1983,.

Koletzko, B.: *Ernährung und Ernährungsstörungen.* In: Koletzko, B. (Hrsg), Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2004, 12. Auflage, S. 117-133.

Krasselt, A.; Scherbaum, H.: *Ökonomische Aspekte einer weltweiten Anwendung von Muttermilchersatzprodukten.* In: V. Scherbaum, F. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), Stillen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 37-40.

Kronborg, H.; Vaeth, M.: *The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.* Scandinavian Journal of Public Health, 2004 (32), S. 210 - 216.

Lauterbour-Rohla, C.; Lehnert-Arendt, M.: *Die Vorteile des Stillens.* <http://www.liewensufank.lu/deutsch/stillen/vorteile.htm>, Ausdruck vom 16.06.2005.

Lucas, A.; Cole, T.J.: *Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis.* The Lancet, 1990 (339), S. 261-264.

Lukassowitz, I.: *Stillen im Informationszeitalter - Die persönliche Beratung bleibt die wichtigste Informationsquelle!*

http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-5221.html, 02.10.2001, Auszug vom 25.08.05.

Lutz, M.: *Regelrechtes Wochenbett. Laktation und Stillen.* In: C. Mändle, S. Opitz-Kreuter und A. Wehling (Hrsg.), *Das Hebammenbuch*, Stuttgart: Schattauer, 2003, 4. Auflage, S. 351-377.

Martin-Calama, J.: *The effect of feeding glucose water to breastfeeding new-borns on weight, body temperatur, blood glucose and breastfeeding duration.* *Journal of Human Laktation*, 1997 (13), S. 209-213.

Martius, G.: *Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe.* Stuttgart, New York: Thieme, 1996, 2. verbesserte Auflage, S. 304.

McKenna, JJ.; Mosko, S.; Dungy, C.; McAnninch, J.: *Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: a preliminary physiological study with implications for the study of SIDS.* *American Journal of Physical Anthrpology*, 1990 (83), S. 331-347.

McKeown, T.; Record, RG.: *The influence of reproduction on body weight in women.* *Journal Endocrinol*, 1957 (15), S. 393-409.

Mennella, JA.; Beauchamp, GK.: *The early development of human flavor preferences.* In: E. Capaldi (Hrsg.), *Why we eat what we eat: The psychology of eating*, Washington DC: Am Psychl Assoc, 1996, S. 83-112.

Montgomery, DL.; Splett PL.: *Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC.* *Journal of the American dietetic association*, 1997, (4), S. 379 - 384.

Netter, F.: *Netter's Pädiatrie.* Stuttgart, New York: Thieme, 2001.

Nindl, G.: *'Stillen und Stillberatung', Skript Ärzte-Seminar 2005.* Kramsach: Stillen für Ärzte - Evidence based kontra Ideologie.

Nindl, G.: *mündliche Mitteilungen*. 2005.

Obladen, M.: *Neugeborenenintensivpflege*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1995, 5. völlig überarbeitete Auflage, S. 64-67.

Parlesak, A.: *Biologische Eigenschaften und Inhaltsstoffe von Kolostrum und reifer Frauenmilch*. In: V. Scherbaum, F. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), *Stillen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 89-99.

Perez-Escamilla, R.: *Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: an analytical overview*. *Am J of Public Health*, 1994 (86), S. 832-836.

Perl, FM.: *Auswirkungen des Stillens auf die Gesundheit der Mutter*. In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), *Stillen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 315-323.

Peters, F.: *Laktation und Stillen*. Stuttgart: Enke Verlag, 1987, S. 23 - 31.

Peters, F.; Diemer, P.; Flick-Filliès, D.: *Stillförderung - eine Angelegenheit der Ärzteschaft*. *Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe*, 2001 (2), S. 24-28.

Peters, E.: *Stillen - eine empirische Studie zur Grammatik mütterlicher Handlungsmuster*. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg, Diplomarbeit Fachbereich Life Sciences, 2002.

Pfahl, B.: *Die Vorteile des Stillens aus Sicht der Mutter - Stillerfahrungen*. In: BZgA (Hrsg.), *Stillen und Muttermilchernährung*, (Gesundheitsförderung Konkret, Band 3), BZgA, 2001, S. 33 - 44.

Przyrembel, H., *Entscheidungshilfen für das Stillen*, Die Vorteile der Muttermilch. In: BZgA (Hrsg.), *Stillen und Muttermilch*, (Gesundheitsförderung Konkret, Band 3) Köln: BZgA, 2001, S. 13-14.

Pugin, E.: *Do prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program?* Journal of Human Laktation, 1996 (12), S. 15-19.

Rentschler, DD.: *Correlates of succesful breastfeeding.* Journal of Nurs Scholarship, 1991 (23), S. 151-154.

Righard, L.: *Sucking technik and its effect on success of breastfeeding.* Birth, 1990 (19), S. 185-189.

Schäfer, C.: *Fremdstoffe in der Muttermilch.* Zentralblatt Gynäkologie, 2003 (125), S. 38-43.

Scherbaum, H.: *Infektiöse Erkrankungen der Mutter.* In: V. Scherbaum, F. M. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), Stillen, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 298-312.

Schmiedebach, HP.: *Themenblock I; Reproduktion und Schwangerschaft; Kindheit, Jugend und Adoleszenz.* Klinisches Curriculum Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Humangenetik, Querschnittsbereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin, Querschnittsbereich Prävention und Gesundheitsförderung. KliniCuM, Universitätsklinik Eppendorf Hamburg), Hamburg: 2005.

Schneider, KTM.: *Gynäkologie und Geburtshilfe.* Laktation. In: K. Diedrich (Hrsg.), Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2000, S. 247-256.

Schöch, G.; Kersting, M.: *Physiologische Entwicklung und Vorsorge im Kindesalter, Ernährung.* In: K. Nissen (Hrsg.), Pädiatrie, Stuttgart, New York: Thieme, 2001, 6. unveränderte Auflage, S. 24-33.

Schröter, W.: *Die Ernährung des Neugeborenen.* Monatsschrift Kinderheilkunde, 1979 (127), S. 533-537.

Sidebottom, AC.; Brown, JE.; Jacobs, DR. (Jr): *Pregnancy-related changes in body fat.* European Journal of Obstet Gynecol Reprod Biol, 2001 (94), S. 216-223.

Smith, J.: *The economics of breastfeeding*. Australian Financial Review, 28.07.1997, S. 13.

Springer, S.: *Modernes Stillmanagement*. <http://www.liga-kind.de/pages/spri200.htm>, Ausdruck vom 16.06.2005.

Stegner, HE.: *Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Enke, 1996, 6. durchgesehene Auflage, S. 258-260.

Steller, J.; Valet, A.; Goerke, K.: *Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe*. Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann Verlagsgesellschaft mbH, 1994, 3. überarbeitete Auflage, S. 246 - 247.

Taveras, EM.; Li, R.; Grummer-Stawn, L.; Richardson, M.; Marshall, R.; Rêgo, VH.; Miroshnik, I.; Lieu, TA.: *Opinions and Practices of Clinicians Associated with Continuation of Exclusive Breastfeeding*. Pediatrics, 2004 (4), S. 283 - 290.

The Lancet: *A warm chain for breastfeeding*. Editorial, The Lancet, 1994 (344), S. 1239-41.

Unväs-Moberg, K.; Widström, AM.; Nissen, E.; Bjorvell, H.: *Personality traits in women four days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolaktin*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1990 (11), S. 261-273.

Victora, CG.: *Pacifier-use and short breastfeeding duration: Cause, consequence or coincidence?* Paediatrics, 1997 (99), S. 445-453.

Virtanen, SM.; Räsänen, L.; Aro, A.; Lindstrom, J.; Sippola, H.; Lounamaa, R.; Toivanen, L.; Tuomilehto, J.; Akerblom, HK.: *Infant feeding in Finnish children less than 7 years of age with newly diagnosed IDDM: Childhood Diabetes in Finland Study Group*. Diabetes Care, 1991 (14), S. 415-417.

Vogel, A.; Hutchison, B.L.; Mitchell, EA.: *Factors associated with the duration of breastfeeding*. Acta Paediatrica, 1999 (88), S. 1320-1326.

von Harnack, G.A.; Heimann, G.: *Kinderheilkunde*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1990, 8. neubearbeitete Auflage, S. 68-78.

von Stockhausen, HB.: *Zufütterung von gesunden, gestillten Neugeborenen*. Frauenarzt, 2002 (12), S. 1444-1448.

Vorherr, H.: *Physiologie und Pathologie der Laktation*. In: O. Käser, V. Friedberg, K. Ober et al. (Hrsg.), *Gynäkologie und Geburtshilfe*, Band 2, Stuttgart, New York: Thieme, 1981, S. 17.18-17.29.

Werner, C.: *Vorteile des Stillens aus Sicht des Gynäkologen*. In: BZgA (Hrsg.), *Stillen und Muttermilchernährung*, Bonn: BZgA, 1992, S. 38-42.

Winberg, J.: *Das Stillen und der Austausch von Signalen zwischen Mutter und Kind - eine entwicklungsgeschichtliche und neuroendokrinologische Betrachtung*. In: BZgA (Hrsg.), *Stillen und Muttermilch, Gesundheitsförderung konkret*, Köln: BZgA, 2001, S. 45-60.

Zetterström, R.: *Breastfeeding and infant-mother interaction*. Acta Paediatrica, 1999, (Suppl. 430), S. 1-6.

Zwiauer, K.: *Stillen, frühkindliche Ernährung und Gesundheit des Kindes, Langfristige Auswirkungen des Stillen auf die Gesundheit des Kindes*. In: V. Scherbaum, F. Perl und U. Kretschmer (Hrsg.), *Stillen*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2003, S. 253-268.

VELB: <http://www.velb.org/welcome.html>, Ausdruck vom 21.11.2005.

TK-online: *Vorteile des Stillens für Mutter und Kind*.

http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/02__lust__aufs__leben/02__familie__und__kinder/02__schwangerschaft/052__stressfrei__stillen/03__vorteile/vorteile,templateId=renderPrintPage.html,
Ausdruck vom 16.06.2005.

10 Anhang

Multiple-Choice-Fragen

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie eine oder mehrere Antworten ankreuzen.

1. Welche der folgenden Erkrankungen treten bei gestillten bzw. ehemals gestillten Kindern seltener auf?
 - a) Harnwegsinfekt
 - b) Skoliose
 - c) **Insulin abhängiger Diabetes**
 - d) Otitis media

2. Kolostrum:
 - a) ist besonders kalorienreich (hoher Fettgehalt).
 - b) **hat einen deutlich höheren Proteingehalt als reife Muttermilch.**
 - c) reicht in den ersten Tagen meist nicht aus um den Nahrungsbedarf des Babys zu decken und es muss zugefüttert werden.
 - d) kann nicht tiefgefroren werden.

3. Woran kann eine Mutter erkennen, dass ihr Baby ausreichend Milch bekommt?
 - a) Das Baby schläft an der Brust ein.
 - b) **ca. sechs nasse Windeln in 24 Stunden**
 - c) **vitales, zufriedenes Kind mit rosiger glatter Haut**
 - d) **Das Baby hat mehrmals täglich Stuhl in den ersten 4 Lebenswochen.**

4. Warum ist ungestörter Hautkontakt und das erste Anlegen in den ersten 2 Stunden nach der Geburt so wichtig?
 - a) **Weil die Blutzuckerwerte des Neugeborenen dadurch stabiler sind.**
 - b) Weil das Baby sofort Nahrung braucht, damit es gut gedeiht.
 - c) **Weil diese sensible Phase die Weichenstellung für die künftige Stillzeit und das Verhältnis zwischen Mutter und Kind stark beeinflusst.**
 - d) Weil die Mutter und das Baby garantiert Stillprobleme bekommen, wenn dies verpasst wird.

5. Eine stillende Frau hat seit ca. 12 Stunden 38.5 Grad Fieber und eine gerötete Stelle an der Brust. Sie sollte:
 - a) Sofort ein Antibiotikum nehmen und eine Stillpause machen.
 - b) **Bettruhe einhalten und das Baby häufig an der betroffenen Brust anlegen.**
 - c) Die betroffene Brust leer pumpen und die Milch verwerfen.
 - d) Wegen der Gefahr einer Abszessbildung das Abstillen einleiten.

6. Was ist der häufigste Grund für ungenügende Milchbildung?
 - a) zu wenig Brustdrüsengewebe
 - b) Hormonmangel
 - c) **Die Brust wird nicht häufig genug entleert**
 - d) Die Mutter hat Stress

7. Ein 4 Wochen altes Baby wird voll gestillt und hat sich gut entwickelt. Seit einem Tag ist das Kind sehr unruhig und will alle 1 - 2 Stunden an die Brust. Was erklären Sie der Mutter?
 - a) Sie soll weiter stillen und die Pausen zwischen den Mahlzeiten vergrößern, damit das Kind wirklich Hunger hat und gut trinkt. In den Stillpausen soll das Kind viel getragen werden.
 - b) **Das Kind ist wahrscheinlich in einem Wachstumsschub und reguliert die Milchmenge mit dem häufigen Trinken.**
 - c) Das Kind hat ein größeres Hungerbedürfnis, die Mutter soll noch mit Formula zufüttern, bis der Wachstumsschub vorbei ist.
 - d) Um die Milchmenge zu kontrollieren, die das Baby erhält, sollte eine Stillprobe gemacht werden.

8. **Welche Maßnahmen sind beim initialen Milcheinschuss hilfreich?**
- a) **das Baby häufig zu stillen**
 - b) die Brust hochzubinden
 - c) die Flüssigkeitszufuhr der Mutter einzuschränken
 - d) **Kalten Quark auf die Brust aufzulegen**
9. **Im Krankenhaus wird über die Vorgangsweise bezüglich Stillen nach Sectio oder einem operativen Eingriff mit Vollnarkose gesprochen. Ihre Aussage dazu lautet:**
- a) Die Mutter sollte zuerst Milch abpumpen, diese verwerfen und dann anlegen.
 - b) **Die Mutter kann ihr Kind stillen, sobald sie dazu in der Lage ist.**
 - c) Nach einem operativen Eingriff mit Vollnarkose sollte eine 12stündige Stillpause eingehalten werden.
 - d) Um richtig entscheiden zu können, benötigt man genauere Details zu Menge und Art des Narkotikums.
10. **Schmerzen in den Brüsten und Brustwarzen sind einer der häufigsten Gründe, warum Frauen zu früh abstillen. Was ist primär die Ursache für wund Brustwarzen?**
- a) Empfindliche Haut der Mutter
 - b) Zu häufiges und zu langes Stillen
 - c) **Das Baby ist schlecht angelegt**
 - d) Zu kräftiges Saugen des Babys
11. **Welche der folgenden Erkrankungen sind in der westlichen Welt eine absolute Kontraindikation zum Stillen?**
- a) Phenylketonurie des Babys
 - b) **HIV-Erkrankung der Mutter**
 - c) Hepatitis-B-Erkrankung der Mutter
 - d) **Krebserkrankung der Mutter mit Chemotherapie**
12. **Mütter sollten Bescheid wissen, welchen Einfluss ihre Ernährung auf die Muttermilch und das Stillen hat. Welche Information ist richtig?**
- a) Viel trinken ist notwendig, um genügend Milch zu haben.
 - b) Blähende Speisen sollten nach Möglichkeit vermieden werden.
 - c) **Die Mutter sollte eine Vielfalt von Nahrungsmittel essen und nach Durst trinken.**
 - d) Zitrusfrüchte sind zu meiden, denn dadurch tritt häufig ein wunder Popo beim Baby auf.
13. **Wie lange kann Muttermilch für ein gesundes, reifgeborenes Kind im Kühlschrank aufbewahrt werden?**
- a) 12 Stunden
 - b) 24 Stunden
 - c) **72 Stunden**
 - d) Muttermilch sollte immer frisch verfüttert werden
14. **Welche der folgenden Punkte sind in den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ von WHO und UNICEF enthalten?**
- a) **Jede geburtshilfliche Abteilung sollte über schriftliche Stillrichtlinien verfügen**
 - b) **Allen Müttern ist Rooming-in zu ermöglichen**
 - c) Es darf kein Baby zugefüttert werden und auch kein Schnuller gegeben werden
 - d) **Das gesamte Mitarbeiter-Team sollte geschult werden.**
15. **WHO und UNICEF empfehlen folgende Stilldauer:**
- a) 4 - 6 Monate ausschließlich stillen
 - b) 6 Monate ausschließlich stillen
 - c) Stillen bis zum ersten Geburtstag des Kindes
 - d) **6 Monate ausschließlich stillen und weiterstillen bis ins 2. Lebensjahr hinein und auch darüber hinaus**

Vielen Dank!



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

HAW Hamburg FB ÖT • Elke Peters • Lohbrügger Kirchstr. 65 • 21033 Hamburg

Frau Herr

Straße

Ort

Betr. Evaluation „Stillen für Ärzte - Evidence Based Kontra Ideologie“

Sehr geehrte/r Frau /Herr oder Titel Name,

vor drei bis vier Monaten haben Sie an dem Seminar „Stillen für Ärzte - Evidence Based Kontra Ideologie“ des VELB teilgenommen.

Eine erste Kurzauswertung des Multiple - Choice Fragebogens hat ergeben, dass viele TeilnehmerInnen gut mit diesem Spezialgebiet vertraut sind. Anhand des Bewertungsbogens für das Seminar, lässt sich außerdem sagen, dass die Inhalte, die Präsentation und die Organisation des gesamten Seminars sehr gut bis gut angekommen sind.

In Zusammenarbeit mit der HAW Hamburg wird, wie bereits während des Seminars angekündigt, die weitere Evaluation des Seminars durchgeführt, um den Nutzen des Seminars zu messen und die Qualität zu verbessern.

Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, den beigefügten **Fragebogen** zu **beantworten** und im beigefügten Rückumschlag an die HAW **zurückzusenden**. Wahrscheinlich benötigen Sie dafür nur zwei Minuten.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Viola Ehrhardt

Datum
10.10. 2004

Für Rückfragen
Dipl. Gesundheitswirtin
Elke
Peters
Telefon
+49.40.428 75 -6115
-6113

Telefax
+49.40.72410 67 6

E-Mail
elke.peters@rzbd.haw
hamburg.de

Internet
www.haw -hamburg.de

Anschrift
HAW
Hamburg
Forschungsschwerpunkt
Public
Lohbrügger Kirchstr. 65
21033 Hamburg

Viola Ehrhardt
Straße
Ort

Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Hamburg, 04.08.2005

Liebe Ärztinnen, liebe Ärzte,

als Abschluß meines Studiums der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg beschäftige ich mich im Rahmen der Diplomarbeit mit der Evaluation eines Ärzte-Seminars zum Thema Stillen, welches der Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB) Anfang des Jahres durchführte. Um den Nutzen des Seminars zu messen und die Qualität zu verbessern, haben die teilnehmenden Ärzte einen Fragebogen bereits vor dem sowie vier Monate nach dem Seminar beantwortet. Um nun herauszufinden, auf welchem Wissensstand die Ärzte sind, die dieses Seminar nicht besucht haben, ist es notwendig, die beantworteten Fragebögen einer Kontrollgruppe auszuwerten.

Ich würde mich sehr darüber freuen, wenn Sie mich dabei unterstützen würden und hoffe auf rege Teilnahme.

Anbei befinden sich die Fragebögen, die Sie ausgefüllt in den vorgesehenen Umschlag zurückstecken können. Gerne lasse ich Sie an den Ergebnissen meiner Diplomarbeit teilhaben. Besteht Ihrerseits ein Interesse daran, bitte ich um eine kurze Nachricht.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Mitwirkung

Mit freundlichen Grüßen

Viola Ehrhardt

Nachbefragung des Ärzteseminars „Stillen“

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie EINE Antwort ankreuzen.

1. Welche der folgenden Punkte ist NICHT in den „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ von WHO und UNICEF enthalten?
 - a) Jede geburtshilfliche Abteilung sollte über schriftliche Stillrichtlinien verfügen
 - b) Allen Müttern ist Rooming-in zu ermöglichen
 - c) **Es darf kein Baby zugefüttert werden und auch kein Schnuller gegeben werden**
 - d) Das gesamte Mitarbeiter-Team sollte geschult werden.

2. Eine Mutter kommt mit einem 4 Wochen alten Kind zu Ihnen. Das Kind hat seit der Entlassung aus dem Krankenhaus durchschnittlich 120g pro Woche zugenommen.
 - a) Sie erklären der Mutter, dass das eine normale Gewichtszunahme für ein gestilltes Baby ist.
 - b) **Sie empfehlen der Mutter, das Baby häufiger anzulegen und in einer Woche zur Gewichtskontrolle zu kommen.**
 - c) Sie empfehlen der Mutter das Baby häufiger anzulegen und nach dem Stillen eine Flasche mit künstlicher Säuglingsnahrung nachzufüttern.
 - d) Sie empfehlen der Mutter, vor und nach dem Stillen zu wiegen, um abzuschätzen, wie viel das Kind trinkt.

3. Welche der folgenden Erkrankungen sind in der westlichen Welt eine absolute Kontraindikation zum Stillen?
 - a) Phenylketonurie des Babys
 - b) **HIV-Erkrankung der Mutter**
 - c) Hepatitis-B-Erkrankung der Mutter
 - d) Herpes Simplex der Mutter

4. Im Krankenhaus wird über die Vorgangsweise bezüglich Stillen nach Sectio oder einem operativen Eingriff mit Vollnarkose gesprochen. Ihre Aussage dazu lautet:
 - a) Die Mutter sollte zuerst Milch abpumpen, diese verwerfen und dann anlegen.
 - b) **Die Mutter kann ihr Kind stillen, sobald sie dazu in der Lage ist.**
 - c) Nach einem operativen Eingriff mit Vollnarkose ist eine 12stündige Stillpause einzuhalten.
 - d) Um richtig entscheiden zu können, benötigt man genauere Details zu Menge und Art des Narkotikums.

5. Das Reiben der Mamillen mit einem Handtuch wird in der Schwangerschaft immer wieder als Vorbereitung auf das Stillen propagiert. Wie lautet Ihre Antwort, wenn Sie nach Ihrer Meinung dazu gefragt würden?
 - a) **Es ist unnötig und kann die Mutter erst recht schmerzempfindlich machen.**
 - b) Es ist angebracht, wenn die Mutter sehr empfindlich ist.
 - c) Es ist angebracht, wenn durch die Reibung eine gute Durchblutung der Areola erreicht wird.
 - d) Es ist nur dann notwendig, wenn die Mutter eine sehr blasse Haut u./o. Sommersprossen hat.

6. Bei der Beobachtung der kindlichen Gewichtszunahme über einen längeren Zeitraum kann man folgende Aussage für das gestillte Kind treffen:
 - a) **Eine rasche Gewichtszunahme in den ersten drei Monaten, gefolgt von langsamerer Gewichtszunahme in den nächsten drei Monaten.**
 - b) Langsame Gewichtszunahme in den ersten drei Monaten, gefolgt von schnellerer Gewichtszunahme bis zum Alter von 6 Monaten.
 - c) Eine langsame aber stetige Gewichtszunahme bis zum Alter von 6 Monaten.
 - d) Kein Unterschied zwischen der Gewichtszunahme bei gestillten und nichtgestillten Kindern.

7. Eine Mutter mit einem 5 Monate alten ausschließlich gestillten Kind hat Antibiotika für Ihre Mastitis verschrieben bekommen. Die möglichen Konsequenzen für das Kind sind:
 - a) Das Kind sollte nun keine Muttermilch mehr bekommen, es kann jetzt auch schon Brei essen.
 - b) Erbrechen und Dehydration
 - c) keine
 - d) **Leichte Veränderungen des Stuhlgangs**

8. Bei einem 10-Stunden alten gesunden reifgeborenen Baby wurde ein Blutzuckerwert von 40 mg/dl gemessen. Die **BESTE** Behandlung ist:
- Die Mutter sollte Ihr Baby stillen.**
 - Es ist keine Behandlung erforderlich.
 - Das Baby sollte oral Glucose-Lösung erhalten.
 - Das Baby sollte 30 ml künstliche Säuglingsnahrung erhalten.
9. Ein 3 Wochen altes Baby, ausschließlich gestillt, trinkt alle 1 ½ - 2 Stunden am späten Nachmittag und Abend. Die **WAHRSCHEINLICHSTE** Erklärung für die hohe Stillfrequenz ist:
- Das ist ein normales Verhalten für dieses Alter.**
 - Die Mutter hat zuwenig Milch.
 - Das Baby wird zu sehr verwöhnt.
 - Das Baby benötigt zusätzlich künstliche Säuglingsnahrung
10. Eine Mutter sucht Ihre Hilfe am 7. Tag nach der Geburt ihres ersten Kindes, da sie eine blutige Rhagade am Ansatz der Mamille hat. Ihre **ERSTE** Reaktion in dieser Situation ist:
- Sie erklären der Mutter, dass in dieser Situation eine Stillpause notwendig ist.
 - Sie untersuchen das Saugverhalten des Kindes, das möglicherweise Ursache des Problems ist.
 - Sie empfehlen einen Wechsel der Stillpositionen und geben Hinweise auf korrektes Anlegen.**
 - Sie empfehlen der Mutter ein Stillhütchen, um die Schmerzen leichter ertragen zu können.
11. Eine stillende Mutter hat sich bei einem Autounfall einen Beinbruch zugezogen. Welche der folgenden Vorgehensweisen fördert das Stillen am meisten, wenn die Akutversorgung beendet ist?
- Sie besorgen der Mutter eine elektrische Intervallmilchpumpe.
 - Sie schlagen vor, dass die Familie der Mutter das Baby zum Stillen bringen soll.**
 - Sie suchen nach einem stillfreundlichen Schmerzmedikament.
 - Sie unterstützen die Familie bei der Auswahl einer geeigneten Säuglingsnahrung für die Zeit, während die Mutter im Krankenhaus liegt
12. Die Mutter eines 4 Monate alten Kindes fragt, wie sie das Stillen weiterführen soll. Wie lautet ihre Empfehlung entsprechend internationaler Richtlinien?
- Sie sollte in den nächsten Wochen Beikost einführen.
 - Sie sollte mit ca. 6 Monaten mit Beikost beginnen und dann jede Woche eine Stillmahlzeit durch eine Breimahlzeit ersetzen.
 - Sie sollte 6 Monate ausschließlich stillen und mit entsprechender Beikost weiterstillen über den ersten Geburtstag hinaus.**
 - Sie kann ausschließlich stillen solange sie möchte, da das längere Stillen so viele Vorteile bringt.
13. Mütter sollten Bescheid wissen, welchen Einfluss ihre Ernährung auf die Muttermilch und das Stillen hat. Welche Information ist richtig?
- Viel trinken ist notwendig, um genügend Milch zu haben.
 - Blähende Speisen sollten nach Möglichkeit vermieden werden.
 - Die Mutter sollte eine Vielfalt von Nahrungsmittel essen und nach Durst trinken.**
 - Zitrusfrüchte sind zu meiden, denn dadurch tritt häufig ein wunder Po beim Baby auf.
14. Wie häufig sprechen Sie mit werdenden bzw. jungen Müttern über das Stillen?
- Nie
 - Gelegentlich
 - Häufig
 - Sehr häufig
15. Wie häufig haben Sie bereits Inhalte des Seminars in Ihrer täglichen Arbeit angewendet?
- Nie
 - Gelegentlich
 - Häufig
 - Sehr häufig

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Evaluationsbogen der Fortbildung:

Stillen für Ärzte - Evidence based kontra Ideologie

Bewertung: 1 sehr gut, 2 gut, 3 befriedigend, 4 ausreichend, 5 mangelhaft, 6 völlig unzureichend

Bitte markieren Sie pro Zeile ein Feld!	1	2	3	4	5	6
Technische Organisation (Anmeldemodalitäten, Ablauf)	1	2	3	4	5	6
Auswahl, Zusammenstellung und Aktualität der Themen	1	2	3	4	5	6
Auswahl der Referenten	1	2	3	4	5	6
Präsentation der Vorträge (verwendete Medien, Verständlichkeit der Aussage)	1	2	3	4	5	6
Einhaltung des Zeitrahmens	1	2	3	4	5	6
Informationsgehalt	1	2	3	4	5	6
Klinische Relevanz	1	2	3	4	5	6
Eigener Erkenntnisgewinn	1	2	3	4	5	6
Möglichkeiten zur Diskussion mit den Referenten	1	2	3	4	5	6
Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch mit Kollegen	1	2	3	4	5	6

Wurde in den Vorträgen die Firmen- und Produktneutralität gewahrt?	ja (alle Vorträge)	überwiegend ja (Mehrzahl der Vorträge)	überwiegend Nein (Mehrzahl der Vorträge)	nein (alle Vorträge)
--	--------------------	--	--	----------------------

Gesamteindruck	1	2	3	4	5	6
----------------	---	---	---	---	---	---

Vielen Dank für Ihre Mühe!



11 Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig 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.“

Viola Ehrhardt