

DANKE

Prof. Christiane Deneke

Prof. Dr. Annette C. Seibt

Kirsten Andersen

Ann-Carolin Westphal

Elise

Esther

Frank

Zusammenfassung

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

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

Die WHO und UNICEF starteten vor ca. 10 Jahren die „Babyfriendly Hospital Initiative“ (in Deutschland: „stillfreundliches Krankenhaus“), mit dem Ziel durch verbesserte Rahmenbedingungen das Stillen in Geburtskliniken zu fördern. Wenn bestimmte Qualitätskriterien eingehalten bzw. erreicht werden, wird eine Klinik als „stillfreundlich“ ausgezeichnet bzw. offiziell – nach einem umfassenden Audit – zertifiziert.

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

Das „Stillfreundliche Krankenhaus“ stellt eine Versorgungsform zur Stillförderung dar. Seit 2000 (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz) gibt es im deutschen Gesundheitssystem die gesetzliche Grundlage (§ 140 ff SGB V) einer fach- und sektorenübergreifenden Versorgung. Seit 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz) können Medizinische Versorgungszentren als neue Versorgungsform gegründet werden mit dem Ziel, die Versorgung der Patienten durch Vernetzung der Leistungserbringer „unter einem Dach“ zu verbessern.

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

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

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Inhaltsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung	9
1.1 Ausgangssituation.....	9
1.2 Ziel der Arbeit.....	10
1.3 Aufbau und Struktur der Arbeit	10
2 Integrierte Versorgung in Deutschland	12
2.1 Ausgangssituation und Integrationsbedarf.....	12
2.2 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung in Deutschland.....	14
2.3 Managed Care	15
2.4 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenvereinbarungen.....	16
2.5 Anzahl der Verträge zur Integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren	19
3 Hintergründe zum Stillen und der Stillförderung	21
3.1 Public Health Relevanz des Stillens	21
3.2 Stillen in Deutschland – Datenlage	21
3.3 Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI)	22
4 Die Studie QuaSti	25
4.1 Ausgangslage und Ziel der Studie	25
4.2 Das Projektteam	25
4.3 Methodik	26
4.4 Zeitlicher Ablauf der Studie.....	28
4.5 Ergebnisse	29
4.5.1 Basisdaten	29
4.5.2 Sozialdemografie	29
4.5.3 Geburt.....	34
4.5.4 Stillen	36
4.5.5 Informationen und Angebote vor und während des Klinikaufenthaltes.....	39

4.5.6	Qualität der Betreuung in der Klinik	41
4.5.7	Informationen und Angebote nach dem Klinikaufenthalt	44
4.5.8	Stillwissen	46
4.5.9	Stillkomplikationen	48
4.5.10	Gesundheitszustand	51
4.5.11	Einflussfaktoren auf die Stilldauer und die Stillhäufigkeit	53
4.6	Ergebnisbewertung	56
5	Integrierte Stillförderung	58
5.1	Versorgungsdefizite und Handlungsempfehlungen	58
5.2	Konzept für integrierte Stillförderung	62
6	Zusammenfassung und Fazit	66
7	Literatur	68
8	Eidesstattliche Erklärung	72
9	Anhang	73

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 1995 in Milliarden Euro.....	13
Abbildung 2: Anzahl der bei der BQS gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung seit 2005.....	19
Abbildung 3: MVZ-Gründungen seit dem 3.Quartal 2004.....	20
Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Studie.....	28
Abbildung 5: Alter der Mütter	30
Abbildung 6: Geburtsgewicht der Kinder	31
Abbildung 7: Vergleich der Familienform mit den Daten aus dem Mikrozensus 2005	31
Abbildung 8: Verteilung des Einkommens	33
Abbildung 9: Anzahl der Kriterien sozialer Benachteiligung	34
Abbildung 10: Stillstatus zum Zeitpunkt des Interviews.....	36
Abbildung 11: Stillquote	37
Abbildung 12: Stilldauer der abgestellten Kinder zum Zeitpunkt des Interviews	38
Abbildung 13: Informationen zum Stillen vor der Geburt.....	39
Abbildung 14: Informationen während des Klinikaufenthaltes	40
Abbildung 15: Unterstützung beim Anlegen	41
Abbildung 16: Angebote der Klinik nach Entlassung	45
Abbildung 17: Angebote nach Klinikentlassung.....	46
Abbildung 18: Art der Stillkomplikationen und Häufigkeit des Auftretens	49
Abbildung 19: Verteilung des BMI	52
Abbildung 20: Sozialer Status und Stillstatus	53
Abbildung 21: Rauchen und Stillen.....	53
Abbildung 22: Schnuller und Stillen.....	54
Abbildung 23: Stillkomplikationen und Stillen	54
Abbildung 24: Sectio und Stillen.....	55
Abbildung 25: Vergleich QuaSti/SuSe bezogen auf das Gesamtstillen.....	56

Abbildung 26: Konzept für integrierte Stillförderung	62
Abbildung 27: Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V	64

Tabellenverzeichnis

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

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Stillen stellt nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die natürliche und optimale Ernährungsform für Säuglinge dar. Gestillte Kinder werden weniger häufig krank, da sie über eine gesteigerte Immunabwehr verfügen als nicht gestillte Kinder. (Przyrembel 2006:13). Stillen hat nachweislich einen Effekt auf die Müttergesundheit. Langfristig werden bei stillenden Müttern die Risikofaktoren insbesondere für folgende Erkrankungen gesenkt: Brustkrebs, Endometrium-Carcinom, Ovarial-Carcinom, Osteoporose, Diabetes mellitus. Auch kurz- und mittelfristige Effekte auf die Müttergesundheit sind nachgewiesen (Abou-Dakn/Wöckel 2006:57ff.). Die Muttermilch ist in der Zusammensetzung ihrer Nährstoffe auf die wachsende Stoffwechselfunktion des Kindes abgestimmt, jederzeit in der richtigen Menge und Temperatur verfügbar, bedarf keiner aufwändigen Zubereitungszeit und ist kostengünstig. Die Mutter-Kind-Bindung, das so genannte Bonding, wird durch den Körperkontakt beim Stillen gefördert. Stillen ermöglicht dem Säugling einen optimalen Start ins Leben.

Stillförderung ist aus diesem Grund ein Thema für Public Health und die Gesundheitsförderung. Bereits 1991 starteten die WHO und UNICEF die internationale „Babyfriendly Hospital Initiative“ (BFHI), um durch verbesserte Rahmenbedingungen das Stillen in Geburtskliniken zu fördern. Weltweit existieren 19 000 stillfreundliche Kliniken in 150 Ländern (BFHI 2007). In Deutschland startete die Initiative 1992 unter der Bezeichnung „Stillfreundliches Krankenhaus“.¹ Seitdem sind 29 deutsche Geburtskliniken als stillfreundlich / babyfreundlich zertifiziert worden (ebd.) Die Asklepios Klinik Nord-Heidberg in Hamburg erhielt 2000 erstmalig diese Auszeichnung. Im Rahmen der Rezertifizierung wurde in der Klinik die Studie QuaSti (**Qualität im stillfreundlichen Krankenhaus**) durchgeführt in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften und dem Institut für Gesundheitswissenschaften, beide in Hamburg.

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

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

1.2 Ziel der Arbeit

Diese Arbeit stellt die Ergebnisse der Studie QuaSti vor und weist auf Defizite bzw. Schwachstellen in der Versorgung hin. Diese beziehen sich auf den Aspekt der Stillförderung. Andere Gesichtspunkte werden nur am Rande berücksichtigt.

Der Gesetzgeber hat Voraussetzungen für integrierte Versorgungsformen geschaffen. Seit 01.01.2000 (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz) gibt es für ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer und Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung (SGB V §140 ff) abzuschließen. Diese beziehen die Patienten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ein, in dem alle Beteiligten während der gesamten Dauer der Behandlung untereinander vernetzt sind und eine lückenlose Information über alle Behandlungsschritte und Untersuchungen gewährleistet ist. 2004 hat der Gesetzgeber eine weitere Möglichkeit einer integrierten Versorgungsform geschaffen: Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ). In diesen Einrichtungen soll eine fachübergreifende Zusammenarbeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen an einem Ort ermöglicht werden.

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

1.3 Aufbau und Struktur der Arbeit

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

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

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

Die Studie QuaSti und deren Ergebnisanalysen werden im vierten Kapitel beschrieben. Ausgangslage und Ziel, zeitlicher Ablauf und angewandte Methodik der Studie werden dargestellt und näher erläutert. Eine Ergebnisbewertung schließt sich an.

Das fünfte Kapitel zeigt anhand der Ergebnisse aus der QuaSti-Studie Versorgungsdefizite auf, die sich auf die Stillbereitschaft und die Stilldauer auswirken und gibt Handlungsempfehlungen im Hinblick auf sektorenübergreifende Versorgung. Es wird das Konzept

eines Vertrages der Integrierten Versorgung unter dem Dach eines Medizinischen Versorgungszentrums vorgestellt, welches als Lernmodell unter dem Aspekt der Stillförderung dienen soll.

Anmerkung

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

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

2 Integrierte Versorgung in Deutschland

2.1 Ausgangssituation und Integrationsbedarf

Die bisherige Trennung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche im deutschen Gesundheitssystem, insbesondere die Abschottung der Sektoren Prävention (Gesundheitsschutz, Vorsorge), Kuration (Behandlung und Pflege im stationären und ambulanten Bereich und dem Rettungswesen) und Rehabilitation (Nachsorge) ist international einmalig und von einer starken Desintegration geprägt. Jedes Teilsystem war bisher bemüht, seine Interessen gegenüber den anderen Teilsystemen zu wahren. Die starre Trennung führt zu einer Ineffizienz, konkurrierende Sektoren werden gegeneinander ausgespielt und es kommt zu unnötigen Brüchen in der therapeutischen Versorgung (Haubrock et al. 2000:79ff).

Die moderne Medizin ist durch fortschreitende Spezialisierung gekennzeichnet. Der Mensch jedoch ist eine Einheit aus physiologischen, psychologischen und sozialen Merkmalen, die einen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand haben. Die Definition der WHO von 1948 beschreibt erstmalig Gesundheit als einen „Zustand des vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens“. Die Interdependenzen dieser Merkmale, die bei einem Krankheitsprozess entstehen, drohen unter den bisherigen Versorgungsformen verloren zu gehen (Rosenbrock/Gerlinger 2004:227 ff.). Vernetzung bzw. Kooperation zwischen den einzelnen Leistungserbringern ist häufig nicht vorhanden.

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

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

Schnittstellenprobleme auf allen Stufen des Gesundheitswesens führen zu Versorgungsbrüchen

- bei der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung
- beim Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung und zurück
- beim Übergang von der akutmedizinischen Versorgung zur Rehabilitation

- beim Zusammenwirken von Medizin einerseits sowie Pflege, Sozialarbeit und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen andererseits.

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

Die Kostenentwicklung in der Gesundheitsversorgung ist ein weiterer Grund, die Integration im Gesundheitswesen voranzutreiben. Medizinischer Fortschritt, gestiegene Lebenserwartung (Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität), hohe Arbeitslosenquote und rückläufige Lohnquote führten zu einer Mittelknappheit sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite. Dies erfordert eine Neuorientierung im Gesundheitswesen und ein neues Verständnis von Gesundheit (Eichhorn/Schmidt-Rettig 1998:331).

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

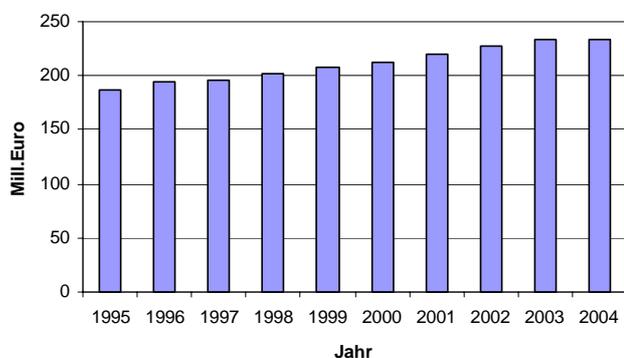


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Deutschland seit 1995 in Milliarden Euro²

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

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

lag der BIP-Anteil der Gesundheitsausgaben höher als in Deutschland (OECD 2006). Damit nimmt Deutschland bei den Gesundheitskosten mit einem Ausgabenvolumen von insgesamt knapp 234 Milliarden Euro im Jahr 2004 einen internationalen Spitzenplatz ein (Statistisches Bundesamt, 2006). Größter Ausgabenträger ist die gesetzliche Krankenversicherung mit rund 140 Milliarden Euro (ebd.). Doch trotz der hohen Ausgaben im Gesundheitswesen erreicht Deutschland - verglichen mit anderen Ländern - zu wenig Qualität. Die Effizienz des Gesundheitssystems ist zu gering (Bundesministerium für Gesundheit 2004).

Bereits 1995 hat der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (SVR) in seinem Sondergutachten auf *„Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit“* hingewiesen (SVR 1995).

Im Jahr 2000 wurde im Gutachten des SVR veröffentlicht, dass im deutschen Gesundheitswesen eine deutliche Fehl-, Unter- und Überversorgung stattfindet. Als zentrales Problem der Unter- bzw. Fehlversorgung werden die mangelnde Kooperation der einzelnen Leistungserbringer untereinander und die unzureichende sektoren- bzw. schnittstellenübergreifende Versorgung festgestellt. Damit kommt es zu Versorgungsbrüchen (SVR 2000/2001:Ziff.52). Der Sachverständigenrat erachtet es als unzumutbar, dass die sektorenübergreifenden Verbundleistungen von dem Patienten selbst erbracht werden müssen. Daher wird empfohlen, dass sich die Verantwortung der Leistungserbringer nicht nur auf den eigenen Bereich erstrecken, sondern auch die Sicherung der weiteren Behandlung gewährleistet ist (SVR 2000/2001:Ziff.57).

In seinem letzten Gutachten weist der SVR darauf hin, dass *„...anstelle einer bislang favorisierten Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe und dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren...“*(SVR 2007:Ziff.11) eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patienten weitaus vorteilhafter sein könnte, *„...als an den alten Mustern festzuhalten...“*(SVR 2007:Ziff.11). Dies gelte insbesondere dann, *„...wenn das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe sich dahingehend wandelt, dass flache, vernetzte Teamstrukturen als sinnvoll und tragfähig angesehen werden“*(SVR 2007: Ziff.11).

2.2 Definition und Zielsetzung der Integrierten Versorgung in Deutschland

Der Begriff der Integration ist definiert als *„Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes“* oder als *„Herstellung einer Einheit aus Differenziertem“* (Duden 2001). Es handelt sich bei der integrierten Versorgung also um den Versuch, die Gesundheitsversorgung als eine Einheit zu begreifen. Alle Leistungsanbieter im Gesundheitswesen sollen in ein größeres Ganzes eingliedert werden (Mühlbacher, 2002:18).

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

„Als wichtigstes Merkmal einer integrierten Versorgung kann die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation gelten.“ (Rosenbrock/Gerlinger 2004:226).

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

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

Dies bedeutet, dass die Behandlung näher an den Bedürfnissen der Patienten orientiert sein soll und die Qualität der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung von wirtschaftlichen Aspekten verbessert wird. Integrierte Versorgung soll ganzheitliche Behandlungsabläufe ermöglichen und die Bedürfnisse des Patienten in den Mittelpunkt stellen. Gleichzeitig erfordert diese Form der Versorgung hohe Kooperations- und Innovationsbereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen (Specke 2005:212).

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

2.3 Managed Care

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

„...die Anwendung von Managementprinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und -erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfi-

nanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen“ (Amelung 2004:7).

Die Notwendigkeit von Managed Care Konzepten ist maßgeblich geprägt von den Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen wie der Ressourcenverknappung, zunehmendem Wettbewerb in der Gesundheitswirtschaft, demografischem Wandel (damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen), veränderter Rolle der Medizin in der Gesellschaft und dem technologischen Wandel. Durch die systematische Steuerung der Versorgungsprozesse mit den Instrumenten von Managed Care soll die Effizienz der Versorgung und ihre Qualität verbessert werden.

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

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

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

2.4 Gesetzliche Grundlagen und Rahmenvereinbarungen

Seit 01.01.2000 (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz) gibt es für Leistungserbringer und Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit, Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung abzuschließen. Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nicht-ärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

Die gesetzliche Regelung ist im § 140 a-h SGB V festgeschrieben. Die Krankenkassen können Verträge über verschiedene Leistungssektoren abschließen, um eine übergreifende Versorgung zu ermöglichen. Diese Verträge sollen im besten Fall eine flächendeckende bevölkerungsbezogene Versorgung erreichen.

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

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

Mögliche Vertragspartner sind

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

Die Möglichkeit eines Vertragsabschlusses wurde seit 2000 nur zögerlich von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen angenommen. Mit der Überarbeitung der Gesetzesvorlage durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 hat der Gesetzgeber weitere Anreize geschaffen, die Vertragsabschlüsse voranzutreiben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht mehr zwingender Vertragspartner. Krankenkasse und Leistungserbr-

ringer können autonom Einzelverträge untereinander abschließen. Mit dieser Lockerung des KV-Monopols konnten rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize geschaffen werden (Rosenbrock /Gerlinger 2004:231).

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

MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)

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

Die ärztliche Versorgung muss durch mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen oder unterschiedlicher Versorgungsformen gewährleistet sein. Es sollten ein Hausarzt (Allgemeinmediziner oder Internist), ein Facharzt oder ein Psychiater bzw. Psychotherapeut in einem MVZ arbeiten. Möglich ist dies als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt.

Physiotherapeuten und andere nicht-ärztliche Heilberufe wie z.B. Hebammen können mit einem MVZ kooperieren. Die Bedingung ist allerdings, dass jede Leistung in enger Abstimmung mit den dort ansässigen Ärzten erbracht wird. Alle an der Behandlung Beteiligten verständigen sich über den Krankheitsverlauf, die Behandlungsziele und Therapien und bieten damit den Patienten eine standardisierte Versorgung aus einer Hand. Krankenkassen können mit den Trägern eines MVZ Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V abschließen.

Die Idee eines medizinischen Zentrums als Knotenpunkt für fachübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten ist nicht neu. Bereits vor der gesetzlichen Einführung von Medizinischen Versorgungszentren durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 gab es verschiedene Vorläufervarianten wie die in den 1920er Jahren gegründeten Ambulatorien, die Polikliniken der ehemaligen DDR und deren Nachfolger, die Gesundheitszentren gemäß § 311 SGB V.

Vorteile von Medizinischen Versorgungszentren:

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

2.5 Anzahl der Verträge zur Integrierten Versorgung und der Medizinischen Versorgungszentren

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

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

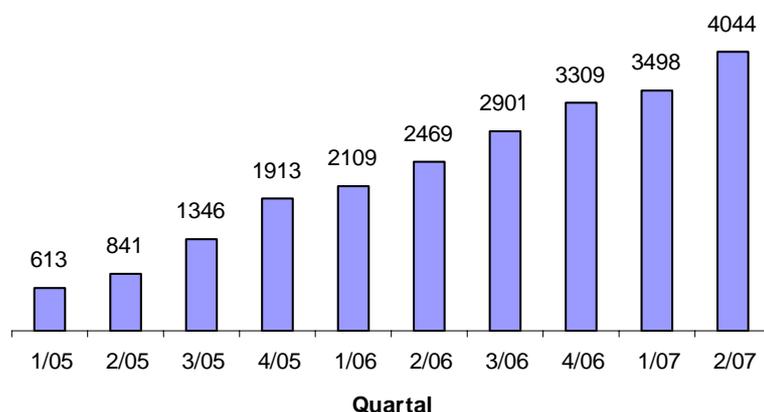


Abbildung 2: Anzahl der bei der BQS gemeldeten Verträge zur integrierten Versorgung seit 2005³

³ Eigene Darstellung nach den Daten des BQS Register 140d

Der Anstieg der Verträge seit 2005 zeigt, dass sich die Maßnahmen durch den Gesetzgeber positiv ausgewirkt haben (**Abb. 2**).

Ebenfalls ist die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren seit 2004 stark angestiegen. Waren bis zum 3.Quartal 2004 insgesamt 17 MVZ gegründet worden, stieg die Zahl der Neugründungen bis 1.Quartal 2007 auf 733 an (**Abb. 3**). Die Tendenz ist weiterhin steigend (KBV 2007).

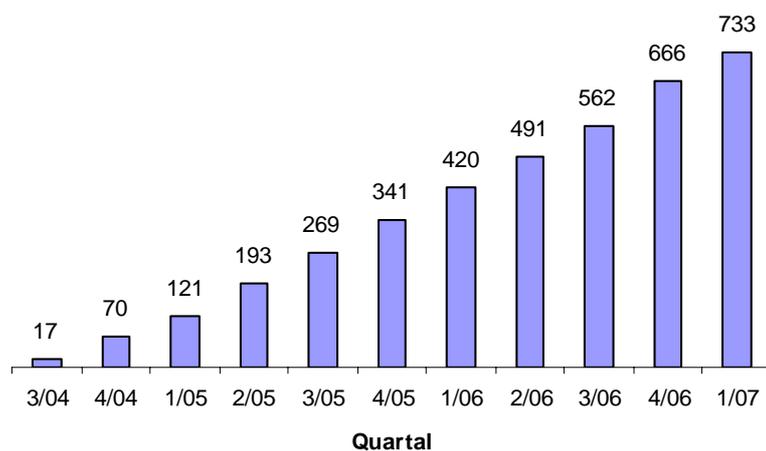


Abbildung 3: MVZ-Gründungen seit dem 3.Quartal 2004⁴

Insgesamt sind bundesweit 2934 Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig, durchschnittlich arbeiten in jedem MVZ vier Ärzte. Die am häufigsten beteiligten Facharztgruppen sind Hausärzte (530), Internisten (317) und Chirurgen (199). Die Gynäkologen liegen mit 186 Ärzten an vierter Stelle. 32% aller MVZ befinden sich in Krankenhausträgerschaft. Betrachtet man die regionale Verteilung, liegt Bayern mit 167 MVZ an erster Stelle, gefolgt von Berlin (84) und Niedersachsen (67).⁵ Besonders in den neuen Bundesländern konzentriert sich diese Form der medizinischen Versorgung (KBV 2007).

⁴ Eigene Darstellung nach den Daten der KBV 2007

⁵ alle Zahlen bezogen auf den Stand vom 30.03.2007

3 Hintergründe zum Stillen und der Stillförderung

3.1 Public Health Relevanz des Stillens

Stillen hat nachweislich einen Effekt auf die Kinder- und Müttergesundheit. Muttermilch stellt nach heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die natürliche und optimale Ernährungsform für Säuglinge dar. Die Zusammensetzung der Muttermilch kann trotz großer Fortschritte in der künstlichen Säuglingsnahrung nicht nachgeahmt werden. Die zahlreichen Abwehrstoffe, die in der Muttermilch enthalten sind, insbesondere im Kolostrum, haben einen immunologischen Effekt auf den Säugling. Gestillte Kinder werden weniger krank. Sie erkranken weniger häufig an Infektionen, statistisch wurde eine geringere Häufigkeit des Vorkommens von Diabetes mellitus, Morbus Crohn und malignen Lymphomen geschrieben und sie sind seltener übergewichtig (Przyemba 2001:19f.). Für die Müttergesundheit werden zunehmend positive Aspekte genannt. Hier wird zwischen kurzzeitigen, mittelfristigen und langzeitigen Effekten unterschieden. Die Ausschüttung von Oxytocin und Prolaktin erleichtern der Mutter durch die psychogene Wirkung die neue Aufgabe und wirken stimmungsaufhellend. Stillende Mütter erreichen eher ihr Normalgewicht. Die während der Schwangerschaft angelegten Fettdepots werden nach 4-5 Monaten ausschließlichen Stillens abgebaut. Langfristig senkt das Stillen Risikofaktoren insbesondere für folgende Erkrankungen: Brustkrebs, Endometrium-Carcinom, Ovarial-Carcinom, Osteoporose, Diabetes mellitus (Abou-Dakn/Wöckel 2006).

Die nationale Stillkommission empfiehlt ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten des Säuglings. Muttermilch stellt in dieser Zeit die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge dar. Die nationale Stillkommission gebraucht „ausschließliches“ Stillen in dem von der WHO definierten Sinn („ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung“). Beikost sollte frühestens mit Beginn des fünften Monats gegeben werden. Zum Abstillen wird keine ausdrückliche Empfehlung gegeben, frühestens jedoch nach zwölf Monaten (Bundesinstitut für Risikobewertung 2004).

3.2 Stillen in Deutschland – Datenlage

Durch Umfragen von Marktforschungsinstituten seit den 1960er Jahren zeigte sich beim primären Stillen ein historisches Tief in den 1970er Jahren, als nur ca. 50% der Mütter im Krankenhaus stillten. Bis Mitte der 1990er Jahre stieg die Anzahl der primär stillenden Mütter auf 85% an. Dieser Trend wurde auch in anderen Ländern beobachtet (Kersting 2004:5).

1997/98 wurde am Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) die erste große Studie zum Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland durchgeführt, die SuSe-Studie. Hierbei handelte es sich zum einen um eine Querschnittserhebung zu den Stillbedingungen in deutschen Geburtskliniken, zum anderen um eine Längsschnitterhebung zu Stillen und Säuglingsernährung bei Mutter-Kind-Paaren im ersten Lebensjahr. Es zeigte sich eine hohe primäre Stillquote von 91%, die bereits innerhalb der ersten Wochen stark abfiel. Nach 4/6 Monaten wurden 33/10 Prozent der Säuglinge ausschließlich gestillt. Als Gründe für das Abstillen wurden häufig Probleme mit der Brust und der Mangel an Muttermilch genannt (Kersting/Dulon 2002:1196 f.).

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

Die regionale DONALD Studie⁶, ebenfalls durchgeführt am FKE, ist eine Langzeitstudie zur Ernährung und Gesundheit bei Kindern, die auch Aussagen über Stilldauer und Stillverhalten liefert. Seit 1989 werden jährlich Kohorten von ca. 40 Kindern neu in die Studie aufgenommen. Bei den Kindern werden vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter in regelmäßigen Abständen detaillierte Untersuchungsdaten zum Ernährungsverhalten, Wachstum, Entwicklung, Stoffwechsel und Gesundheitsstatus erhoben. Die Ergebnisse zeigten einen stetigen Anstieg des Stillens, ähnlich wie bei der SuSe-Studie (Kersting 2006: 50 f.).

In Bayern wurde 2005/2006 eine Studie vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit durchgeführt. Die initiale Stillquote unter den befragten Müttern (n=3822 in 141 bayrischen Geburtskliniken) beträgt 90%. Im zweiten Monat stillen noch 60,2% voll oder ausschließlich, im vierten Monat noch 51,6% und im sechsten Monat 25,5%. Dies entspricht in etwa den Ergebnissen der SuSe Studie von 1997/98. Als häufigster Grund für das Abstillen werden Stillprobleme angegeben. (Kohlhuber et al.:2007)

3.3 Babyfriendly Hospital Initiative (BFHI)

Die WHO und die UNICEF starteten 1991 die „Babyfriendly Hospital Initiative“ mit dem Ziel durch verbesserte Rahmenbedingungen das Stillen in Geburtskliniken zu fördern. In Deutschland wurde die Initiative 1992 unter dem Namen „Stillfreundliches Krankenhaus“ eingeführt. Seit März 2006 ist die Namensgebung an die internationale angeglichen und

⁶ DONALD: DOrtmund Nutritional an Anthropometric Longitudinally Designed Study

nennt sich jetzt „Babyfreundliches Krankenhaus“. Mit dieser Namensänderung sollen die Leistungen der Krankenhäuser, die sich der WHO/UNICEF-Initiative angeschlossen haben, treffender beschrieben werden. Babyfreundliche Krankenhäuser wollen neben der Stillförderung die Eltern auf das Leben mit ihrem Kind vorbereiten und sind auch Ansprechpartner nach der Entlassung aus der Klinik. (BFHI 2006). Die Entstehung dieser ersten Eltern-Kind Bindung wird als „Bonding“ bezeichnet. Das Stillen ist eine natürliche Folge eines gelungenen „Bondings“ (Abou-Dakn 2006).

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

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

1. Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung für das gesamte Pflegepersonal
2. Schulung des Gesundheitspersonals in Theorie und Praxis, dass diese Richtlinien mit Leben erfüllt werden können
3. Information aller schwangeren Frauen über die Vorteile und Praxis des Stillens
4. Den Müttern das erste Anlegen des Kindes 30 Minuten nach der Entbindung zu ermöglichen
5. Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und erklären, wie die Milchproduktion auch im Falle einer Trennung von dem Kind aufrecht erhalten werden kann.
6. Neugeborenen keine zusätzlichen Flüssigkeiten oder Nahrung geben, wenn es nicht aus medizinischen Gründen indiziert ist.
7. Rooming-in praktizieren
8. Die Mütter ermuntern nach Bedarf zu stillen
9. Den Säuglingen keine Gummisauger oder Schnuller geben
10. Entstehung von Stillgruppen fördern und die Mütter in Kontakt bringen

Das Klinikum Nord war 2001 erstmalig ausgezeichnet worden, und für die Rezertifizierung ihrer Geburtsklinik wurde die Studie QuaSti als Qualitätsevaluationsstudie herangezogen. Eine vergleichbare Studie ist in Deutschland bisher noch nicht durchgeführt worden.

In Österreich wurden im Zusammenhang mit der Rezertifizierung von neun Geburtskliniken 859 Frauen befragt, wie zufrieden sie mit der Stillbetreuung waren. Die Befragungsergebnisse brachten deutlich zum Ausdruck, dass die Wünsche und Erwartungen der Mütter in stillfreundlichen Krankenhäusern erfüllt worden sind. Bei Entlassung stillten von allen befragten Müttern 85% voll, 7% teilweise und 6% stillten nicht (Kern et al., 2006).

4 Die Studie QuaSti

4.1 Ausgangslage und Ziel der Studie

Ausgangspunkt der Studie ist ein Lehrforschungsprojekt an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg (HAW), das im Wintersemester 2002/03 durchgeführt wurde. In diesem studentischen Forschungsprojekt wurden qualitative Interviews mit sozial benachteiligten Müttern geführt, um die Gründe und Hintergründe für das Stillen und Nichtstillen zu erfragen. Es wurden Handlungsempfehlungen für individuelle und gesundheitspolitisch stillfördernde Veränderungen abgeleitet.⁷ Bei der Präsentation der Ergebnisse entwickelte sich der Kontakt zur Asklepios Klinik Nord-Heidberg und dem leitenden Chefarzt der Abteilung für Geburtshilfe, Herrn Dr. M. Scheele, der den Anstoß für die Studie in seiner Abteilung gab.

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

4.2 Das Projektteam

Die Projektleitung führten die Leiterinnen des „Instituts für Gesundheitswissenschaften“ (InGe), in Hamburg, Prof. Dr. Annette C. Seibt⁸ und Prof. Christiane Deneke⁹ durch. Die Autorin war mit dem Projektmanagement und der Auswertung der Ergebnisse betraut. Herr Dr. J. Pyrlík, ebenfalls „InGe“ übernahm die Systemadministration und Umsetzung und Modifizierung des Fragebogens mit Hilfe der Software „Filemaker Pro“. Frau M. Jöllenbeck führte im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine Prozessevaluation durch.

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

⁷ „Gründe und Hintergründe zum Thema Stillen und Nichtstillen – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung und Empfehlungen für stillfreundlichere Bedingungen und Unterstützung für sozial benachteiligte Mütter und Väter in Hamburg“, Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Institut für Gesundheitswissenschaften, Hamburg, Februar 2004

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

⁹ Prof. C. Deneke, Dipl.-Soz., Schwerpunkt Gesundheitswissenschaften und Forschung, Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW), Hamburg

schen Abteilung, Herr Dr. M. Scheele und als leitende Hebamme Frau Juppe-Schütz. Von Seiten der Klinik wurde die Studie von Frau Lange, Qualitätsmanagerin, koordiniert.

4.3 Methodik

Bei QuaSti handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Es wurden deskriptive Daten in quantitativer und qualitativer Form erhoben. Die Fragebogenentwicklung erfolgte nach den Vorgaben der WHO zur Zertifizierung zum stillfreundlichen Krankenhaus (vgl.Kap.3.3:„Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“) und den Wünschen der Klinik als Pilotstudie im Rahmen eines studentischen Fachprojekts an der HAW. Die Hauptstudie fand von Mai 2005 bis April 2006 als telefonische Befragung der Mütter statt, die zuvor in der Klinik entbunden hatten. Die Kinder waren zum Zeitpunkt der Interviews durchschnittlich 3-6 Monate alt.

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

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

Dieser Fragebogen wurde von den Müttern vor bzw. während des Klinikaufenthaltes ausgefüllt. Gleichzeitig unterschrieben die Mütter eine schriftliche Einverständniserklärung, dass sie an der Studie teilnehmen möchten und zu einem späteren Zeitpunkt telefonisch befragt werden können. Diese ersten Erhebungsbögen wurden an die Projektkoordination gesandt, auf Verwendbarkeit überprüft und einem Datensatz im Programm „Filemaker Pro“ zugeordnet.

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

- Art der Geburt und Erwartungen an die Klinik bezüglich der Geburt
- Stillen und Ernährung des Kindes

Nach diesem Fragenkomplex wurden nur noch Frauen weiterbefragt, die zum Zeitpunkt des Interviews noch stillten.

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

Die Befragung der Studienteilnehmerinnen erfolgte telefonisch durch die Autorin, Frau Jöllenbeck und 11 Studierende der HAW aus dem Studiengang Gesundheit¹⁰. Die Studierenden besaßen größtenteils Vorkenntnisse über die Thematik des Stillens, da sie bereits an der Pilotstudie teilgenommen und somit auch bei der Fragebogenentwicklung mitgewirkt hatten. Eine mehrstündige Schulung bereitete sie auf den Umgang mit der Software vor und vermittelte Hintergrundwissen zur Studie und Vorgehensweise von Telefoninterviews. Ein Interviewleitfaden sicherte standardisiertes Vorgehen.

Die Auswertung der Ergebnisse (deskriptive Statistik) und Datenanalysen erfolgte durch die Autorin mit den Programmen „Windows Microsoft Excel 2003“ und „SPSS Version 12“ (Statistical Package for the Social Sciences).

¹⁰ Susann Aronsson, Kirsten Andersen, Petra Bödecker, Elke Forman Dörte Heinsohn, Britta March, Jan Mohr, Marion Müller, Martina Schlappner, Kay Seidl, Anja Simmet

4.4 Zeitlicher Ablauf der Studie

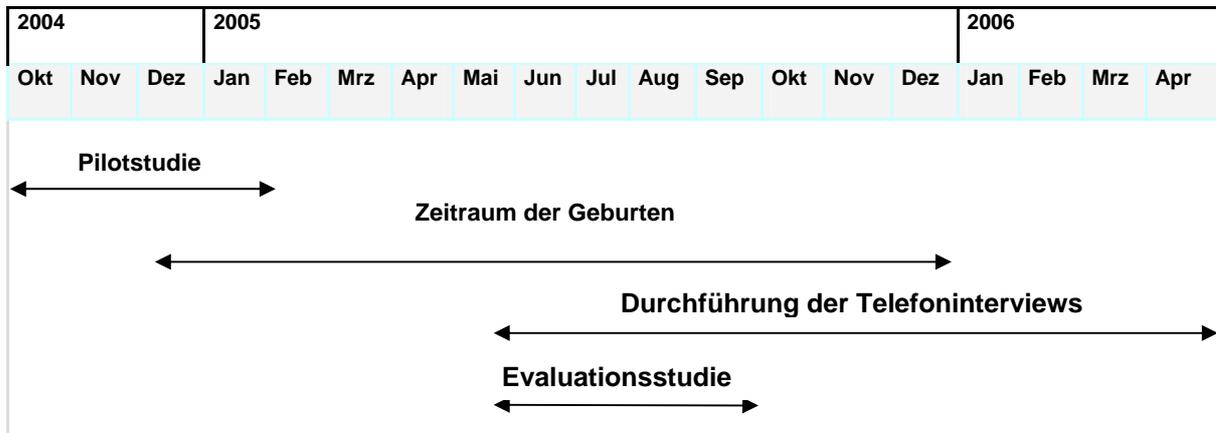


Abbildung 4: Zeitlicher Ablauf der Studie

Die Pilotstudie zu QuaSti fand im Rahmen eines Fachprojektes an der HAW Hamburg im Wintersemester 2003/2004 statt. Die Studierenden entwickelten nach den Vorgaben des Klinikum Nord und nach den Richtlinien der WHO (vgl. Kapitel 3.2 „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“) einen ersten Fragebogen. Sie befragten 73 Frauen, die zum Teil im Klinikum Nord, zum Teil in anderen Kliniken rund um Hamburg entbunden hatten. Im Anschluss wurde der Fragebogen nach den Erfahrungen abgewandelt und verbessert. Das Ergebnis der Pilotstudie war ein differenzierter Fragebogen mit insgesamt 30 Fragen in logischer Abfolge. Im Anschluss modifizierte das QuaSti-Projektteam den Fragebogen und entwickelte ein CATI¹¹ - fähiges Instrument unter Verwendung der Software „Filemaker Pro“.

Im Mai 2005 begann die Feldphase der Hauptstudie. Es wurden insgesamt 489 Aufnahmebögen von der Autorin erfasst und in den Demografiebogen der Software eingegeben. Bis April 2006 wurden 403 Frauen telefonisch befragt, der Zeitraum der Geburten erstreckte sich von Dezember 2005 bis November 2006 (**Abb. 4**)

Ende März 2006 wurden die Daten von Frau Jöllbeck einer Plausibilitätsprüfung unterzogen und eine Prozessevaluation im Rahmen ihrer Diplomarbeit durchgeführt. Durch die Evaluation konnte die Qualität der Studie maßgeblich gesichert und verbessert werden (Jöllbeck 2006).

¹¹ CATI = Computer assisted telephone interview

4.5 Ergebnisse

4.5.1 Basisdaten

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

Für die Nichtteilnahme werden folgende Gründe angegeben:

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

4.5.2 Sozialdemografie

Charakterisierung der Mütter

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

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

¹² Gesundheitsforschungs-Institut Prof. Riegl & Partner GmbH, internes Klinikdokument

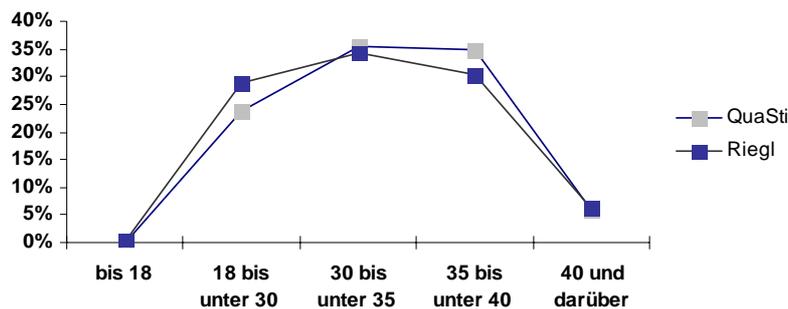


Abbildung 5: Alter der Mütter

Abitur bzw. Fachhochschulreife haben 63% der befragten Frauen, mittlere Reife 30%, Hauptschulabschluss 6%. Eine Mutter ist ohne Schulabschluss.

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

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

Charakterisierung der Kinder

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

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

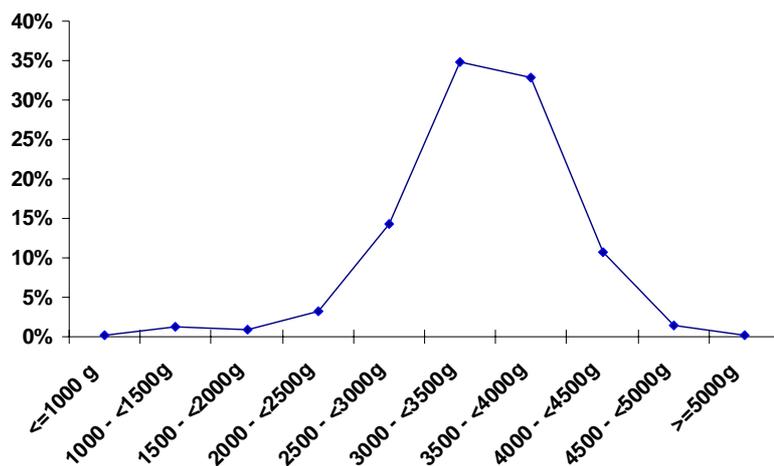


Abbildung 6: Geburtsgewicht der Kinder

Familiensituation

Verheiratet sind 74% der Mütter, dies entspricht dem bundesdeutschen Durchschnitt aus dem Jahre 2005 von 73% (Statistisches Bundesamt 2006, Mikrozensus 2005:Kap.3) und stellt die häufigste Familienform dar. 22% der Studienteilnehmerinnen leben unverheiratet mit dem Partner zusammen, 4% sind allein erziehend. Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen eines internen Klinik-Qualitätsgutachtens aus dem Jahre 2004¹³. In Deutschland leben nur 6% aller Familien in Lebensgemeinschaften, während 21% allein erziehend sind. Im Vergleich zu den Lebensformen in Deutschland sind die allein Erziehenden in der QuaSti – Studie also deutlich unterrepräsentiert, während die Lebensgemeinschaften überrepräsentiert sind (**Abb.7**).

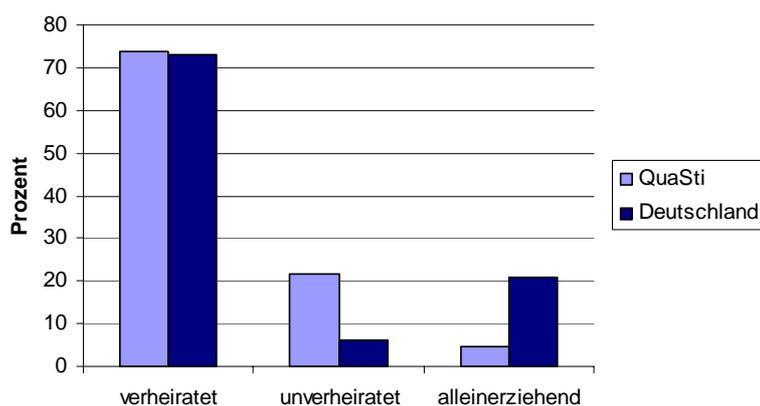


Abbildung 7: Vergleich der Familienform mit den Daten aus dem Mikrozensus 2005

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

Anzahl der Kinder und Haushaltsgröße

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

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

Personenzahl	Prozent
2	3,6
3	48,6
4	36,1
5	9,4
6	1,8
7	0,3
9	0,3

Tabelle 1: Haushaltsgröße

Einkommen

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

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

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

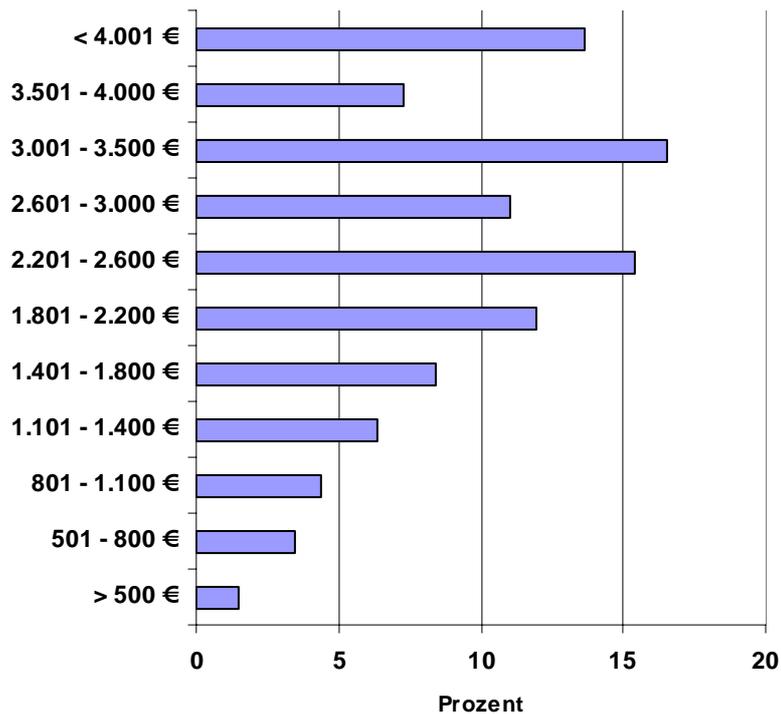


Abbildung 8: Verteilung des Einkommens

Definition von sozialer Benachteiligung

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

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

Das Äquivalenzeinkommen wird (gewichtet nach Anteil der Personen im Haushalt) anhand der OECD-Skala berechnet. Laut Armut- und Reichtumsbericht (Bundesregierung 2004) liegt die Armutrisikogrenze bei einem Äquivalenzeinkommen von 938 Euro.

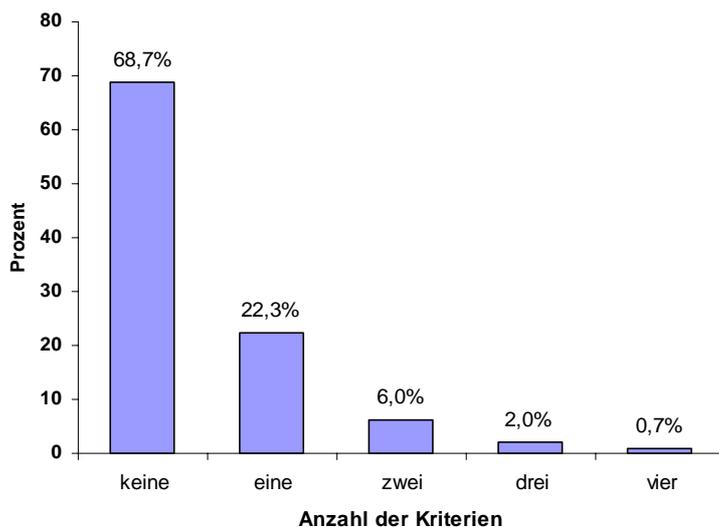


Abbildung 9: Anzahl der Kriterien sozialer Benachteiligung

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

4.5.3 Geburt

Zeitpunkt und Art der Geburt

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

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

64% sind natürliche Geburten, 24% davon mit medikamentöser Einleitung. In 29% der Fälle ist eine Sectio medizinisch notwendig indiziert, eine Sectio auf Wunsch der Frau erfolgte in 3%. 10% der Säuglinge erblickten mit Hilfe der Saugglocke das Licht der Welt, 3% durch eine Wassergeburt. In 17% aller Fälle hat die Geburt unter einer Periduralanästhesie stattgefunden. Eine Frau entschied sich für eine alternative Gebärart (Gebärstuhl).

Bei 95% aller Geburten war der Kindsvater anwesend. Bei den Geburten, bei denen der Vater nicht gegenwärtig war (zehn natürliche Geburten, drei Saugglockenentbindungen und sechs Kaiserschnittentbindungen), hatten 74% der Mütter einen sozial benachteiligten Status.

Erwartungen an die Geburt in der Klinik

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

Rooming-in

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

4.5.4 Stillen

Stillstatus

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

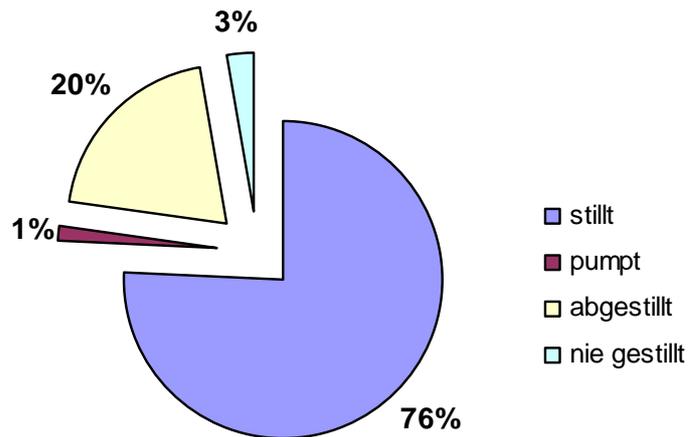


Abbildung 10: Stillstatus zum Zeitpunkt des Interviews

Stillquote

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

Dieses Ergebnis liefert einen „Schnappschuss“ zum Zeitpunkt des Interviews. Wie die **Abbildung 11** zeigt, haben 67 von insgesamt 410 Kindern ein Alter von mindestens 5 Monaten erreicht. Die endgültige Aussage zur gesamten Stilldauer kann erst eine Nachbefragung der Mütter ergeben. Seit Mai 2007 werden die QuaSti-Mütter im Rahmen eines Promotionsvorhabens ein zweites Mal befragt.

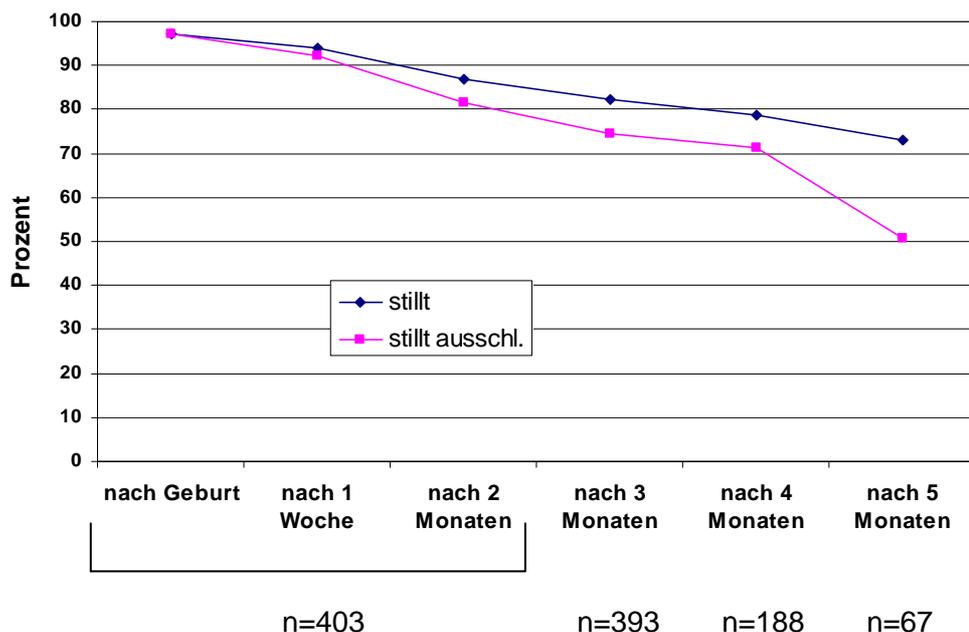


Abbildung 11: Stillquote

Gründe für das Nichtstillen

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

Gründe für das Abstillen

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

Im Durchschnitt sind diese Kinder acht Wochen ausschließlich und elf Wochen insgesamt gestillt worden. Die Stillquote sinkt deutlich innerhalb der ersten zwei Monate, in diesem Zeitraum werden die meisten Säuglinge abgestillt (**Abb. 12**). 14% der Mütter haben das ausschließliche Stillen innerhalb der ersten Woche aufgegeben.

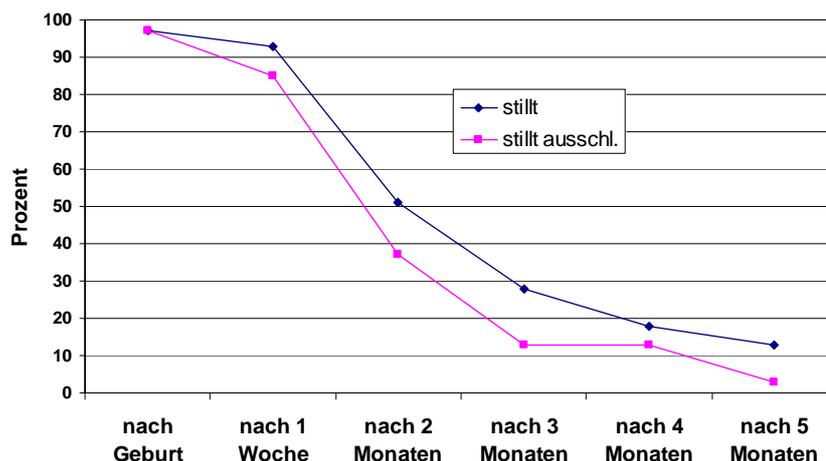


Abbildung 12: Stilldauer der abgestillten Kinder zum Zeitpunkt des Interviews

Stilldauer

Gefragt nach der geplanten Stilldauer antworten die Frauen wie folgt: Zum Zeitpunkt des Interviews ausschließlich stillende Mütter möchten ihren Säugling bis zum sechsten Monat ausschließlich stillen. Insgesamt geben die stillenden Frauen eine geplante Stilldauer von 9,3 Monaten an, am häufigsten wird hier ein Zeitraum von zwölf Monaten angegeben. Dies entspricht den Empfehlungen der WHO (ausschließlich Stillen mindestens sechs Monate, insgesamt Stillen mindestens zwölf Monate).

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

Entschluss zum Stillen

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

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

Stillen vorheriger und folgender Kinder

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

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

Gabe eines Schnullers

Ein Qualitätskriterium der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ beinhaltet, dass den Säuglingen keine Gummisauger oder Schnuller angeboten werden sollen. In der vorliegenden Studie benutzen 59,4% der Säuglinge einen Schnuller. Im Durchschnitt fangen diese Babys im Alter von fünf Wochen damit an.

4.5.5 Informationen und Angebote vor und während des Klinikaufenthaltes

Information zum Stillen vor der Geburt

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

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

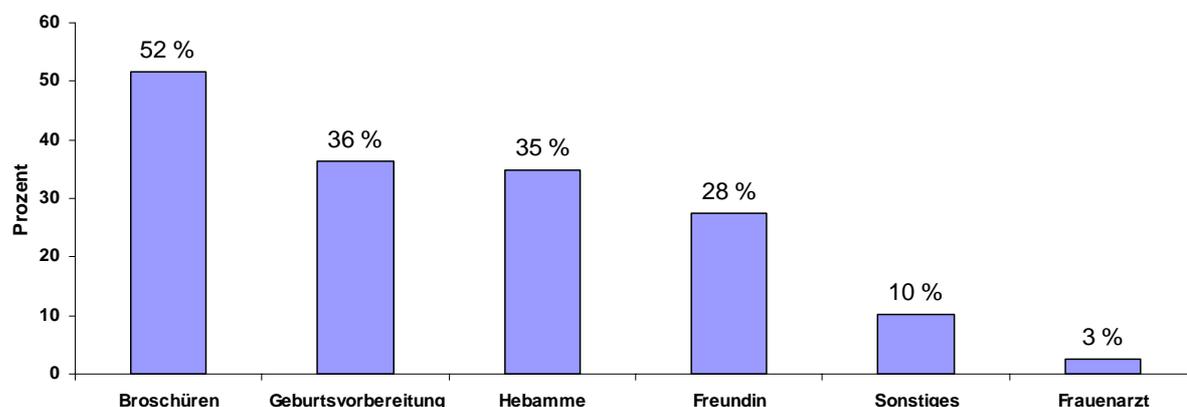


Abbildung 13: Informationen zum Stillen vor der Geburt

Informationen durch die Klinik zum Stillen vor der Geburt

Während der Schwangerschaft haben 47,5% der Mütter Informationen zum Thema Stillen von den MitarbeiterInnen der Klinik erhalten. 30,6% haben keine Informationen bekom-

men, 17,6% benötigten keine. Nicht erinnern können sich 2,8% und keinen Kontakt mit der Klinik vor der Geburt hatten 0,7% der Schwangeren.

Information zum Thema Stillen während des Klinikaufenthaltes

Die Mütter wurden offen befragt, worüber sie zum Thema Stillen informiert wurden, Mehrfachantworten waren zugelassen. Insgesamt wurden 704 Angaben zu folgenden Themenbereichen gemacht: Vor- und Nachteile des Stillens, Stilldauer und – häufigkeit, Anlegetechniken, Stillkomplikationen, Ansprechpartner bzw. Ansprechmöglichkeiten bei Problemen, Sonstige. Die Stilltechnik (31% ausreichend/ 3,8% nicht ausreichend) ist am häufigsten erwähnt.

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

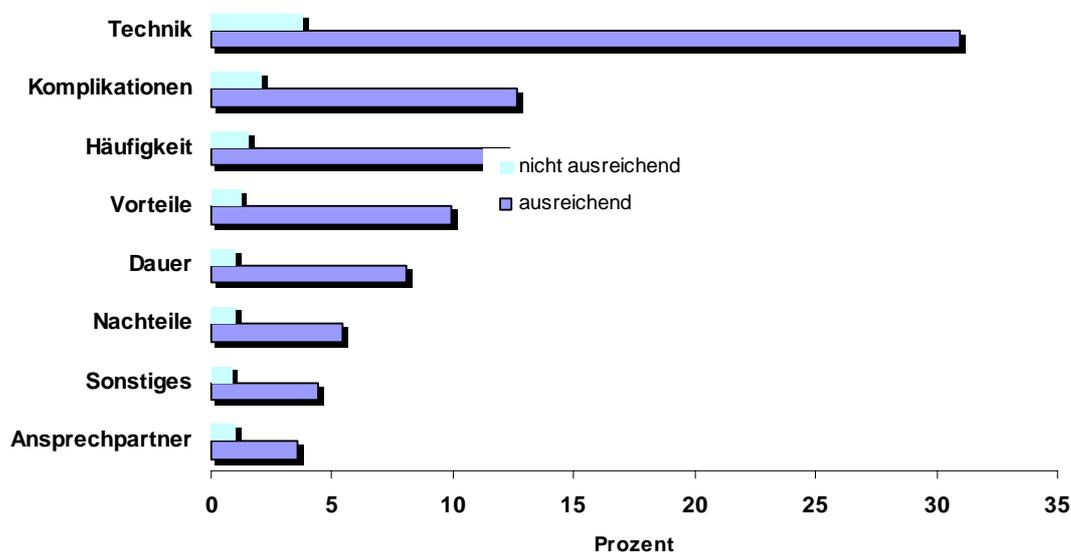


Abbildung 14: Informationen während des Klinikaufenthaltes

Wunsch über andere Informationen durch die Klinik

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

4.5.6 Qualität der Betreuung in der Klinik

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

Unterstützung beim Stillen

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

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

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

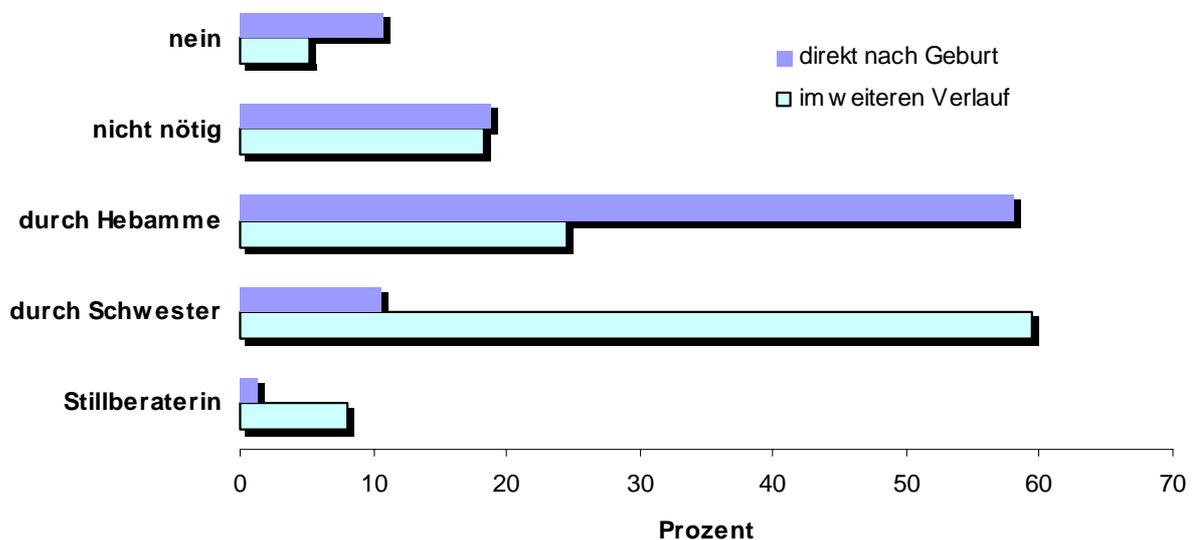


Abbildung 15: Unterstützung beim Anlegen

Zufriedenheit mit der Klinikbetreuung

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

- Zufriedenheit mit der **Stillbetreuung** – 90% der Mütter haben diese Frage beantwortet, die übrigen 10% der Mütter geben an, dass eine Stillbetreuung für sie nicht nötig war bzw. nicht in Anspruch genommen wurde.
- Zufriedenheit mit der **Freundlichkeit** des Personals
- Zufriedenheit mit dem **Einfühlungsvermögen** des Personals – konnten sich die MitarbeiterInnen der Klinik in die Probleme der Mütter einfühlen und wurden sie ernst genommen?
- Zufriedenheit mit der **Hilfestellung** – konnte das Klinikpersonal praktische Hilfestellung geben?
- Zufriedenheit mit der **Offenheit** – war das Personal jederzeit ansprechbar und offen für Fragen und auftretende Probleme?
- Zufriedenheit mit der **Verständlichkeit** – waren die Erklärungen des Personals für alle Mütter verständlich?
- Zufriedenheit mit der **Konsistenz** – stimmten die Informationen und Erklärungen der MitarbeiterInnen überein?
- Zufriedenheit mit der **Zeit** – war ausreichend Zeit für die Mütter von Seiten des Klinikpersonals vorhanden?

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

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

Tabelle 2: Zufriedenheit mit dem Personal

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

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

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

Personals, Unruhe auf der Station, Tabakgeruch einer Schwester, und „es war mir fast schon zu viel Betreuung“.

Gründe für die Klinikentscheidung

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

Sonstige Angaben hierzu machen 15,4%:

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

Empfehlung

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

Unter bestimmten Voraussetzungen eine Weiterempfehlung nennen 10,9%:

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

4.5.7 Informationen und Angebote nach dem Klinikaufenthalt

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

Angebote der Klinik

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

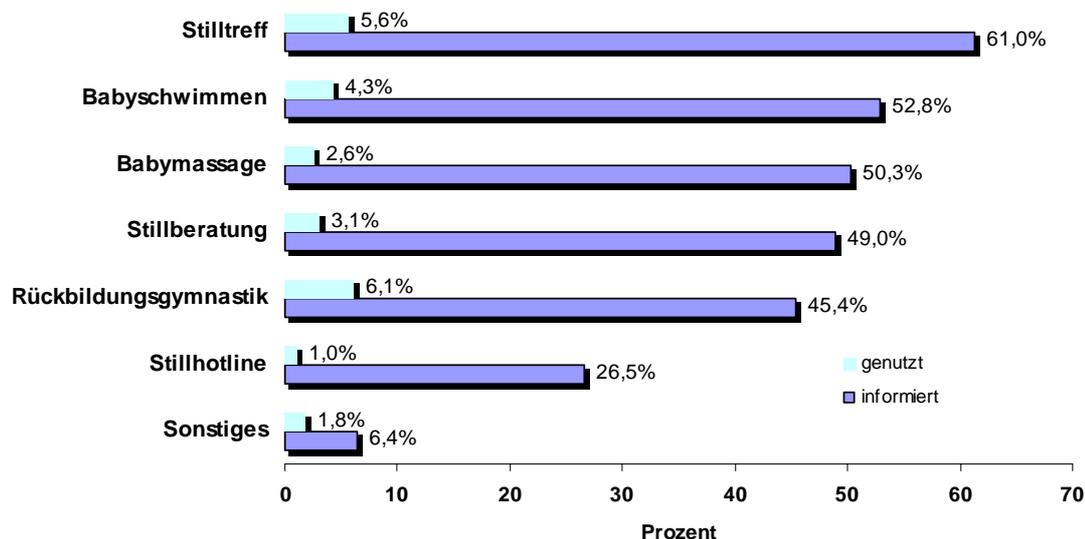


Abbildung 16: Angebote der Klinik nach Entlassung

Angaben der Mütter über Angebote der Klinik: Stilltreff, Babyschwimmen, Babymassage, Stillberatung, Rückbildungsgymnastik, Stillhotline, Sonstige. Mehrfachantworten waren möglich (**Abb. 16**).

Andere Angebote und Informationsquellen

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

An erster Stelle der genutzten hilfreichen Angebote wird die Hebamme mit 69,9% genannt, gefolgt von der Freundin mit 16,6%. Die Ärztin/der Arzt wird nur in 3,9% als hilfreiches Angebot erwähnt (Abb. 18). Unter Sonstiges wird erwähnt: Rückbildungsgymnastik, Literatur, Internet, PEKiP-Gruppe¹⁴, Krabbelgruppe, Mütterzentrum, Elternschule, Babytreff, Geburtshaus (**Abb.17**).

¹⁴ PEKiP = Das Prager-Eltern-Kind-Programm ist ein Angebot der Elternbildung im Sinne einer Entwicklungsbegleitung während des ersten Lebensjahres des Kindes

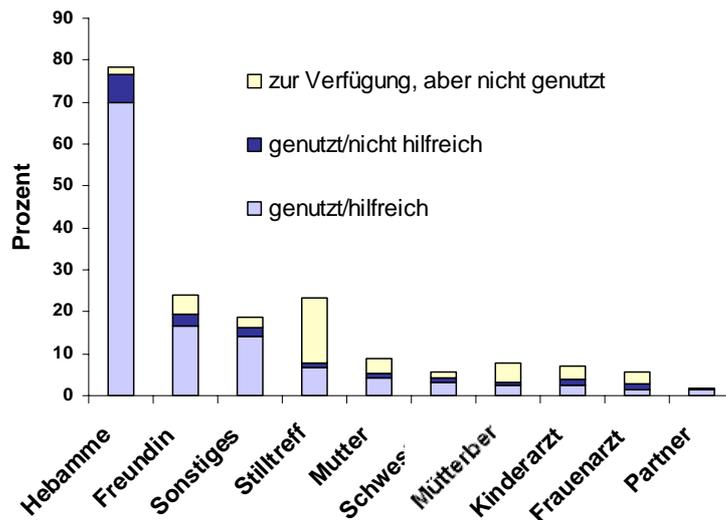


Abbildung 17: Angebote nach Klinikentlassung

4.5.8 Stillwissen

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

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

Vorteile des Stillens

99% der Mütter kennen mindestens zwei Vorteile des Stillens:

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

Eine Mutter erkennt keine Vorteile im Stillen.

Nachteile des Stillens

63% der Frauen nennt durchschnittlich ein Nachteil des Stillens:

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

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

Stilldauer

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

Häufigkeit des Stillens

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

Stillpositionen

Alle Frauen kennen mindestens zwei unterschiedliche Stillpositionen, 91,5% der befragten Frauen mindestens drei. Knapp ein viertel (24,5%) der Probandinnen kennt vier unterschiedliche Stellungen, 11% nennen fünf bis sieben.

Trennung vom Kind / zu viel oder zu wenig Milch

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

	... zuwenig Milch	...Trennung vom Kind	...zu viel Milch
ja	96,1%	96,4%	99,0%
nein	3,1%	3,3%	0,5%
weiß nicht	0,8%	0,3%	0,3%

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

Als Maßnahme bei zu wenig Milch geben sie an: viel trinken, den Säugling häufiger anlegen, Ruhe und Entspannung. Bei einer Trennung von dem Kind würden fast alle Frauen abpumpen, und bei zu viel Milch ausstreichen, abpumpen, Salbei- oder Pfefferminztee trinken.

4.5.9 Stillkomplikationen

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

Art der Stillkomplikation und Zeitpunkt des Auftretens

64% (n=251) der befragten Mütter geben an, Stillkomplikationen gehabt zu haben. Davon 46,9% (n=184) eine, 14,8% (n=58) zwei, 1,8% (n=7) drei, 0,5% (n=2) vier an der Zahl. Insgesamt werden 329 einzelne Komplikationen genannt, durchschnittlich 1,3 pro Frau. Am häufigsten führen die Mütter mit 38% Wunde Brustwarzen an, gefolgt vom Milchstau mit 30%, zu wenig Milch nennen 17%, eine Brustentzündung hatten 16% und dass sie zu viel Milch hatten, führen 12% der Mütter an. 6% mussten abpumpen. Sonstige Komplikationen mit 13% sind: „Kind wollte oder konnte nicht richtig trinken bzw. saugen“, Krankheit von Mutter oder Kind, Schmerzen beim Anlegen (**Abb. 18**).

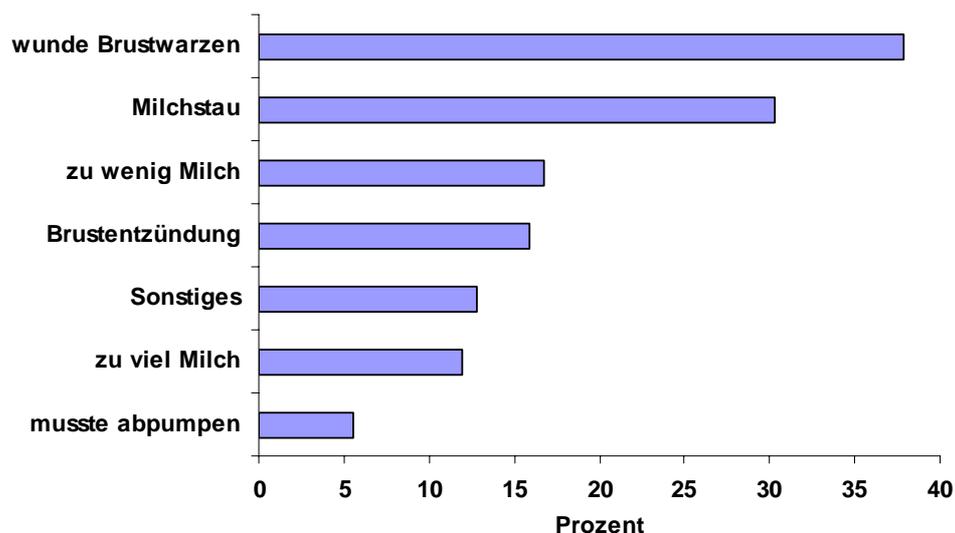


Abbildung 18: Art der Stillkomplikationen und Häufigkeit des Auftretens

Durchschnittlich treten Stillkomplikationen am Ende der zweiten Woche nach der Geburt auf (nach 2,9 Wochen). Als häufigste Komplikation in den ersten 14 Tagen nach der Geburt werden wunde Brustwarzen (86%) genannt, diese Schwierigkeit tritt durchschnittlich nach 1,4 Wochen auf. Innerhalb der ersten drei Monate wird der Milchstau am häufigsten genannt, im Durchschnitt trifft er nach knapp fünf Wochen auf. Ist das Kind älter als drei Monate, nehmen Stillkomplikationen deutlich ab. Am häufigsten wird zu diesem Zeitpunkt die Brustentzündung mit 6,5% genannt (s. **Tabelle 4**).

	bis 14.Tag	bis 3. Monat	> 3. Monat	Mittelwert in Wochen
wunde Brustwarzen	86,0%	12,9%	1,1%	1,38
zu viel Milch	85,7%	14,3%		1,46
sonstiges	81,8%	18,0%		1,51
musste abpumpen	76,9%	23,1%		2,18
Brustentzündung	54,5%	39,0%	6,5%	4,45
zu wenig Milch	48,8%	46,5%	4,7%	4,34
Milchstau	33,3%	64,1%	2,6%	4,77

Tabelle 4: Zeitpunkt des Auftretens der Stillkomplikationen

Unterstützung bei Stillkomplikationen

Die Mütter wurden befragt, wer sie bei den Stillschwierigkeiten unterstützt bzw. beraten hat. Insgesamt wurden hierzu 382 Angaben (Mehrfachnennungen möglich) gemacht. Die Hebamme ist mit 69% die größte Unterstützerin, gefolgt von der Stillberaterin mit 11% und der Kranken- bzw. Kinderschwester aus dem Klinikum mit 9%. Sonstige Unterstützung durch Bücher, Freundin, Familie, Partner, Mütterberatung nehmen 6% an. Der Arzt wird als Unterstützer bei Stillkomplikationen in 5% aller Fälle konsultiert.

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

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

Tabelle 5: Anteilige Unterstützung bei Stillkomplikationen

Maßnahmen der Mütter bei Stillkomplikationen

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

Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme bei einem **Milchstau** ist die Thermotherapie mit 46,1%. Als Wärmebehandlung wird folgendes angegeben: heiße Bäder oder Duschen, warme Umschläge, Rotlichtbestrahlung. Mit Kälte wird genannt: kalte Wickel bzw. Kompressen, Auflegen von gekühlten Kohlblättern. Brustwickel mit Quark oder Kohl machten 43,4%, die Brust ausgestrichen bzw. ausmassiert haben 38,2%. Als weitere Maßnahmen sind das Abpumpen mit 18,4% und die Anwendung von Brusthütchen mit 2,6% genannt. 18,4 % der Frauen behandeln den Milchstau medikamentös mit Antibiotika, Salben und homöopathischen Mitteln.

Die medikamentöse Behandlung steht bei der **Brustentzündung** mit 37,5% als Maßnahme an erster Stelle. Am häufigsten werden Antibiotika eingenommen, seltener homöopathische Mittel angewendet, auch Salbeneinreibungen werden genannt. 25% der Mütter machen Brustwickel oder Umschläge mit Kohl, Quark oder schwarzem Tee. Therapeutische Maßnahmen werden bei einer Brustentzündung in 22,5% der Fälle durchgeführt, z.B. Bestrahlung mit UV-Licht, das Wärmen vor dem Stillen und Kühlen danach. Abpumpen als Maßnahme erfolgt in 17,5% der Fälle, 5% streichen die Brust aus.

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

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

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

4.5.10 Gesundheitszustand

Zum Abschluss des telefonischen Interviews wurden noch einige Fragen zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Mütter gestellt. Diese Angaben unterliegen den Einschätzungen und Angaben der Frauen und können daher nur einen Trend aufweisen. Insbesondere die Frage nach dem Rauchen unterliegt einer kritischen Betrachtung, da hier eher die soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung eine Rolle spielt.

Größe und Gewicht / BMI

Die durchschnittliche Körpergröße der Frauen beträgt 168,6 cm. Am häufigsten wird ein Wert von 170 cm angegeben (Minimum 150 cm, Maximum 184 cm). Die Mütter wiegen im Durchschnitt 68,8 kg, hier wird am häufigsten 70 kg genannt.

Die Abbildung (**Abb.19**) zeigt die Verteilung des BMI¹⁵ in der Studienpopulation. 6% der Frauen sind untergewichtig (BMI<18,5), 61% haben Normalgewicht (BMI 18,5-24,9), 25% sind der Kategorie Präadipositas (BMI 25,0-29,9) zuzuordnen und adipös sind 8% (BMI>=30). Zu berücksichtigen ist die erst kürzlich zurückliegende Geburt, viele Frauen haben ihr Normalgewicht noch nicht wieder erreicht.

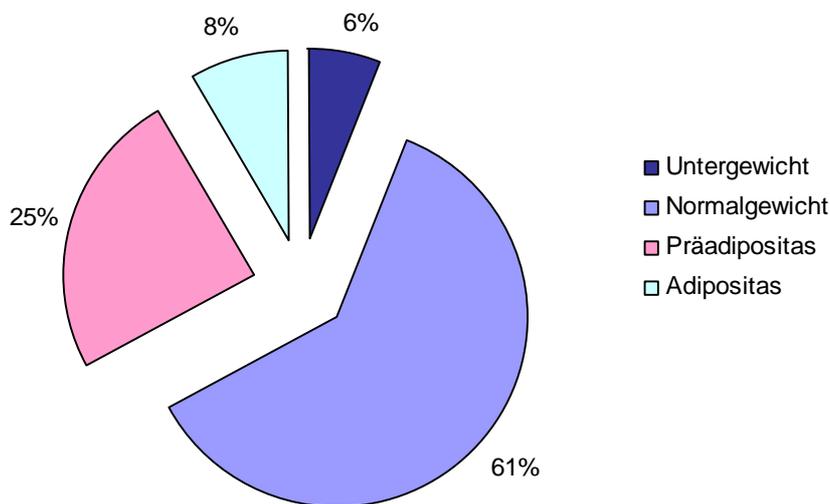


Abbildung 19: Verteilung des BMI

Rauchen

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

¹⁵ BMI (body mass index)= Körpergewicht : (Körpergröße in m)²

4.5.11 Einflussfaktoren auf die Stilldauer und die Stillhäufigkeit

Sozialer Status und Stillen

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

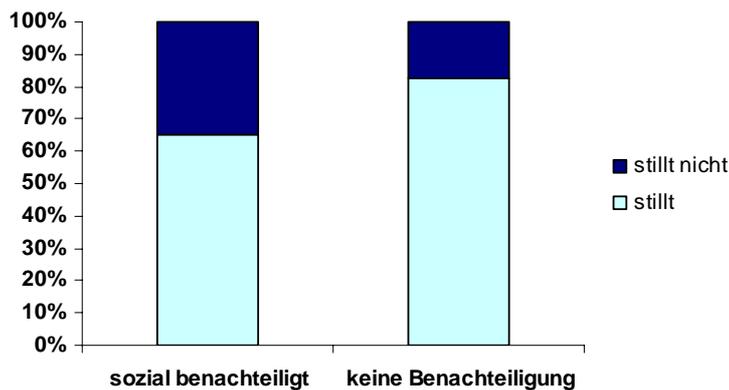


Abbildung 20: Sozialer Status und Stillstatus

Rauchen und Stillen

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

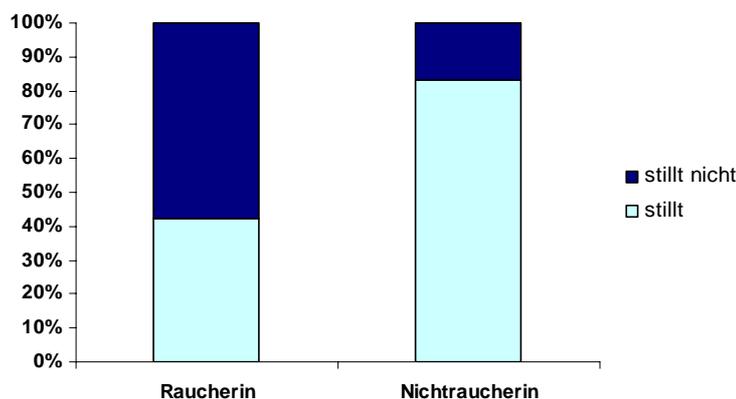


Abbildung 21: Rauchen und Stillen

Stillen und Gabe eines Schnullers

Säuglinge, die einen Schnuller benutzen (68,5%), werden seltener und kürzer gestillt als andere Babys (89,5%) (**Abb.22**).

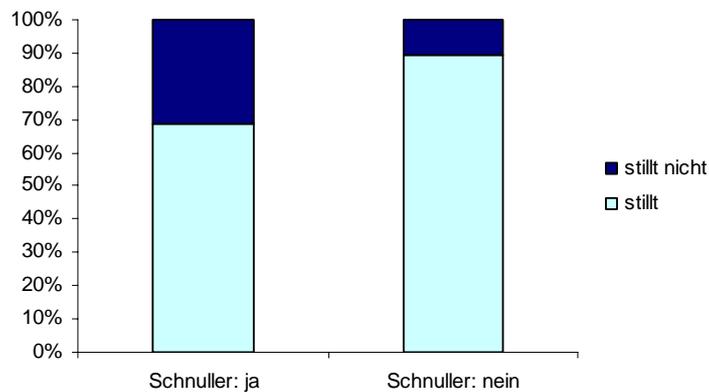


Abbildung 22: Schnuller und Stillen

Stillkomplikationen und Stillen

76,3% stillen trotz einer Stillkomplikation. Frauen ohne Stillkomplikationen stillen zu 85,9% (**Abb.23**).

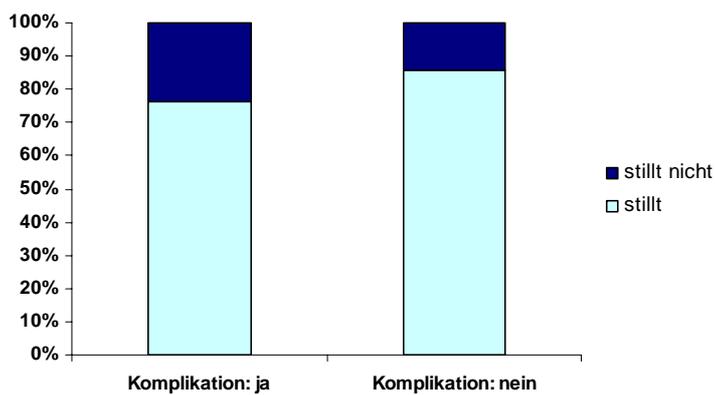


Abbildung 23: Stillkomplikationen und Stillen

Sectio und Stillen

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

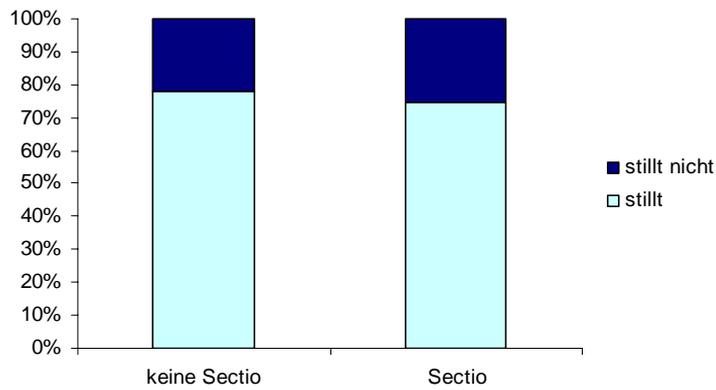


Abbildung 24: Sectio und Stillen

4.6 Ergebnisbewertung

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

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

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

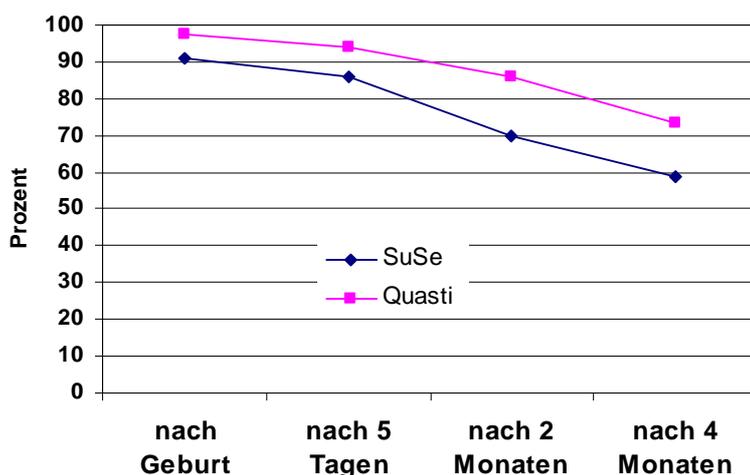


Abbildung 25: Vergleich QuaSti/SuSe bezogen auf das Gesamtstillen

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

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

Unterstützung bei Fragen zum Thema Stillen erhielten die Mütter hauptsächlich von der Hebamme und den Schwestern der Klinik. Bei auftretenden Stillkomplikationen war die Hebamme die Hauptansprechpartnerin. Weitere Unterstützung erhielten die Mütter von der Stillberaterin, der Freundin, von Familienangehörigen und aus der Literatur (in dieser Reihenfolge). Der niedergelassene Arzt wird eher weniger konsultiert (<7%).

Alle befragten Mütter verfügten über ein sehr gutes Stillwissen, sie konnten Vor- und Nachteile benennen, kannten mehrere Stillpositionen und Maßnahmen und wussten, wie sie den Milchfluss bei einer Trennung vom Kind aufrecht erhalten könnten. Befragt nach Stilldauer und Stillhäufigkeit, wurde das Stillen nach Bedarf und eine Stilldauer von 12 Monaten (davon 6 Monate ausschließlich) angegeben. Dies entspricht den WHO/UNICEF-Empfehlungen.

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

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

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

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

5 Integrierte Stillförderung

5.1 Versorgungsdefizite und Handlungsempfehlungen

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

Stillstatus

3% der QuaSti-Mütter haben gar nicht erst mit dem Stillen begonnen, 20% haben zum Zeitpunkt des Interviews bereits abgestillt. Als Grund für das Nichtstillen bzw. Abstillen geben die Mütter am häufigsten an, nicht genug Milch zu haben bzw. dass der Säugling nicht satt wird. Diese Gründe beruhen auf einer subjektive Einschätzung. Eine kompetente fachliche Beratung und Unterstützung könnte ein weiteres Stillen ermöglichen. Als weitere Gründe für das Abstillen bzw. Nichtstillen werden genannt: Brustentzündung, Stress und Zeitmangel. Auch in diesen Fällen könnte eine engmaschige, lückenlose Unterstützung das Stillverhalten der Mütter beeinflussen.

Frühes Abstillen

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

Stillwissen

Ein Qualitätskriterium der „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ beinhaltet, dass den Säuglingen kein Schnuller bzw. Gummisauger angeboten wird. In der QuaSti-Studie benutzen fast 60% der Säuglinge einen Schnuller. Diese Säuglinge werden seltener und kürzer gestillt als andere Babys. Hier besteht noch Informations- und Aufklärungsbedarf der Mütter.

Informationen

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

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

Unterstützung beim Anlegen

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

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

Qualität der Klinikbetreuung

Die Beurteilung der Klinikbetreuung ergab, dass über 10% der Mütter mit den Kriterien „Zeit“ und „Konsistenz“ unzufrieden sind. Durch die mangelnde Zeit des Klinikpersonals fühlen sich die Frauen vernachlässigt und können ihre Fragen und Unsicherheiten nicht ansprechen. Die unterschiedlichen Aussagen der betreuenden Personen (mangelnde Konsistenz) zum Stillen verunsichern die Mütter, da sie nicht wissen, ob sie das Richtige tun. Ein regelmäßiger fachlicher Austausch des Personals könnte hier Abhilfe schaffen.

¹⁶ Die Studie „Stillverhalten in Bayern“ zeigt ein ähnliches Ergebnis. Der Arzt wurde hier nur zu 2% genannt.

Nicht gefallen hat einigen Müttern die schlechte Kommunikation zwischen Kinderklinik und Entbindungsstation. In regelmäßigen Besprechungen der beiden Abteilungen untereinander könnten Standards erarbeitet werden.

Angebote nach Klinikentlassung

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

Stillkomplikationen

64% der QuaSti-Mütter hatten mindestens eine Stillkomplikation. Wunde Brustwarzen, Milchstau, zu wenig Milch, zu viel Milch und die Brustentzündung werden am häufigsten erwähnt. Vielfach könnten diese Komplikationen durch einfache Maßnahmen vermieden werden, wie z.B. die Stillhaltung der Mutter, Stillposition des Säuglings, weniger Stress. Das Auftreten von Komplikationen ist in nur seltenen Fällen ein Grund, dass die Frau abstillen muss. Die fachliche Unterstützung und Beratung der Mütter bei auftretenden Problemen und Schwierigkeiten sollte verstärkt werden, sowohl während des Klinikaufenthaltes als auch danach. Die Mütter sollten ermutigt werden, weiter zu stillen. Eine lückenlose Informationsübermittlung der Leistungserbringer untereinander ist daher erforderlich, damit an der richtigen Stelle mit der weiteren Unterstützung und Behandlung angesetzt werden kann.

Als Unterstützerin bei Komplikationen wird an erster Stelle die Hebamme mit 69% genannt. Lediglich 5% der Frauen geben den Arzt als Ansprechpartner an. Meistens wird er erst dann konsultiert, wenn eine rezeptpflichtige Medikamentengabe wegen einer Brustentzündung erforderlich wird. Eine verbesserte Kooperation der einzelnen Leistungserbringer (Arzt, Klinik, Hebamme bzw. Stillberaterin) ist wünschenswert.

Soziale Benachteiligung

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

gruppe zu jederzeit einbinden und die Stillbereitschaft und Stilldauer der Mütter positiv beeinflussen.

Gesundheitsverhalten

Raucherinnen stillen in der QuaSti-Studie signifikant seltener und kürzer als Nichtraucherinnen. Aufklärung über die Bedeutsamkeit des Stillens und Nichtrauchertraining könnte die Raucherinnen dazu bewegen, mit dem Rauchen aufzuhören und ihr Baby zu stillen. Diese Risikogruppe bedarf zu Beginn der Schwangerschaft einer besonders intensiven Betreuung von Seiten aller an der Behandlung Beteiligten.

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

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

5.2 Konzept für integrierte Stillförderung

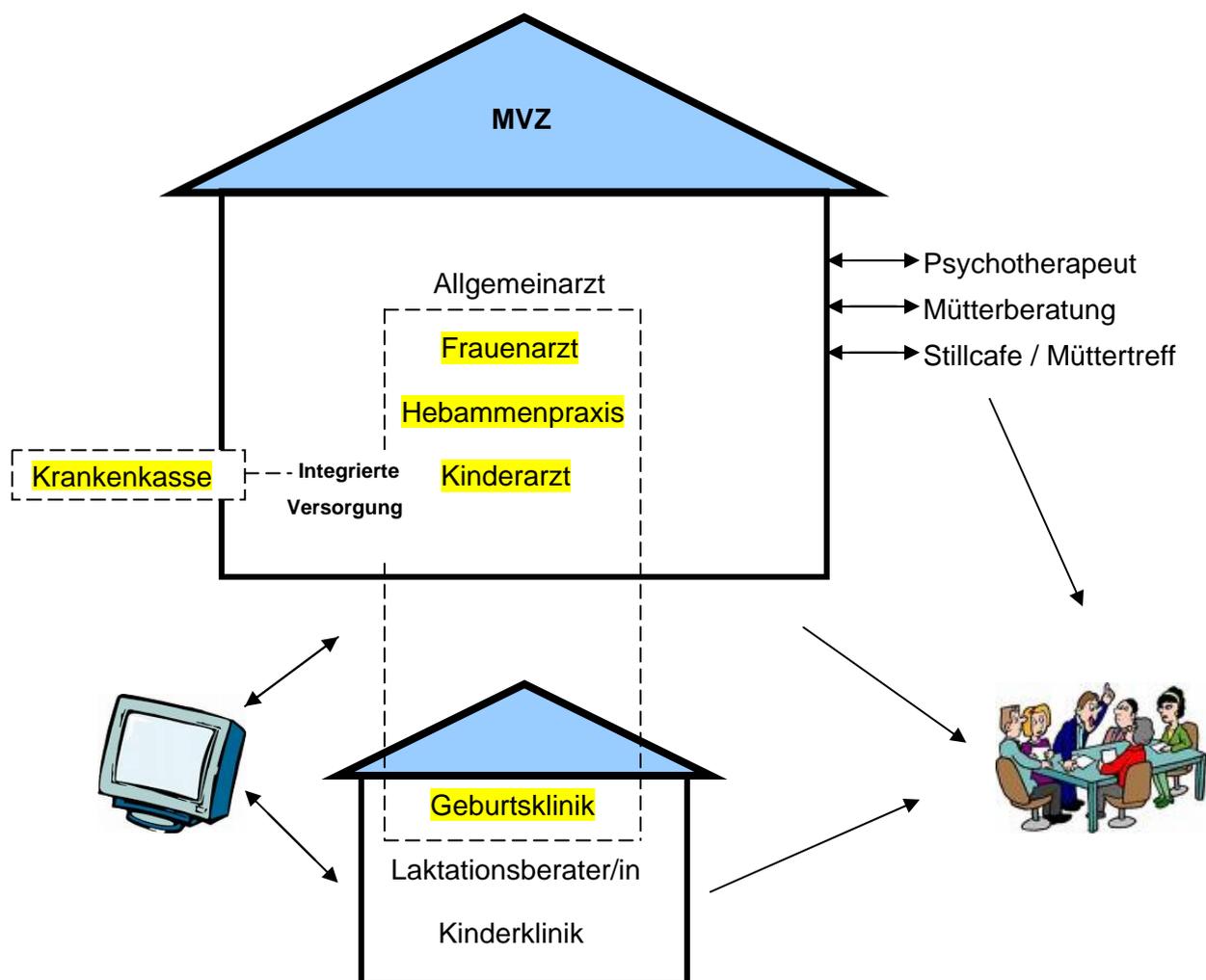


Abbildung 26: Konzept für integrierte Stillförderung

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

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

Der Allgemeinarzt übernimmt die Funktion des Hausarztes¹⁸ und bei ihm laufen alle Befunde und Untersuchungsergebnisse zusammen. Wird eine Frau schwanger, so kann sie sich von dem Frauenarzt und der Hebammenpraxis im MVZ während der Schwangerschaft betreuen lassen. Das MVZ kooperiert mit einer Geburtsklinik und Kinderklinik in der Nähe. Ein Laktationsberater steht in der Klinik und auch nach Geburt den Frauen bei speziellen Stillproblemen zu Verfügung. Der Kinderarzt im MVZ betreut die Kinder von Geburt an und führt alle notwendigen Vorsorgeuntersuchungen durch.

Als „Satelliten“ sind dem MVZ eine psychotherapeutische Praxis, eine Mütterberatungsstelle und ein Müttertreff/Stillcafe angeschlossen. Eine Überweisung zum Psychotherapeuten erfolgt ggf. (beispielsweise bei Wochenbettdepressionen, Partnerschaftsproblemen etc.) durch den Allgemeinarzt oder Frauenarzt. Der Psychotherapeut informiert den überweisenden Arzt über die Diagnostik und Therapie. Die angeschlossene Mütterberatung informiert die Eltern über alle Fragen rund um das Baby, Ernährung und Gesundheit von Mutter und Kind, Partnerschaftsprobleme, gibt rechtliche und finanzielle Beratung und stellt den Kontakt mit den zuständigen Ämtern her. Im Stillcafe/Müttertreff haben die Frauen die Möglichkeit Kontakte zu anderen Müttern und Familien herzustellen und sich über ihre Probleme auszutauschen. Das MVZ sollte für jedermann zugänglich sein, eine gute Ortslage aufweisen (Niedrigschwelligkeit) und in der Nähe der anderen Vertragspartner liegen.

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

Ist die Diagnose einer Schwangerschaft gesichert, schreiben sich die werdenden Mütter beim behandelnden Frauenarzt in den Vertrag zur integrierten Versorgung ein. Damit stimmen sie zu, sich und ihr Kind während der Schwangerschaft bis zu einem gewissen Zeitpunkt nach der Geburt (vorstellbar wären 6 Monate) von den Vertragspartnern (in diesem Beispiel: Frauenarzt, Hebammenpraxis, Klinik, Kinderarzt) behandeln zu lassen. Alle Beteiligten des Vertrages stellen den Versicherten ausgewählte Beratungen, Untersuchungen und Unterstützungsangebote zur Verfügung (**Abb.27**).

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

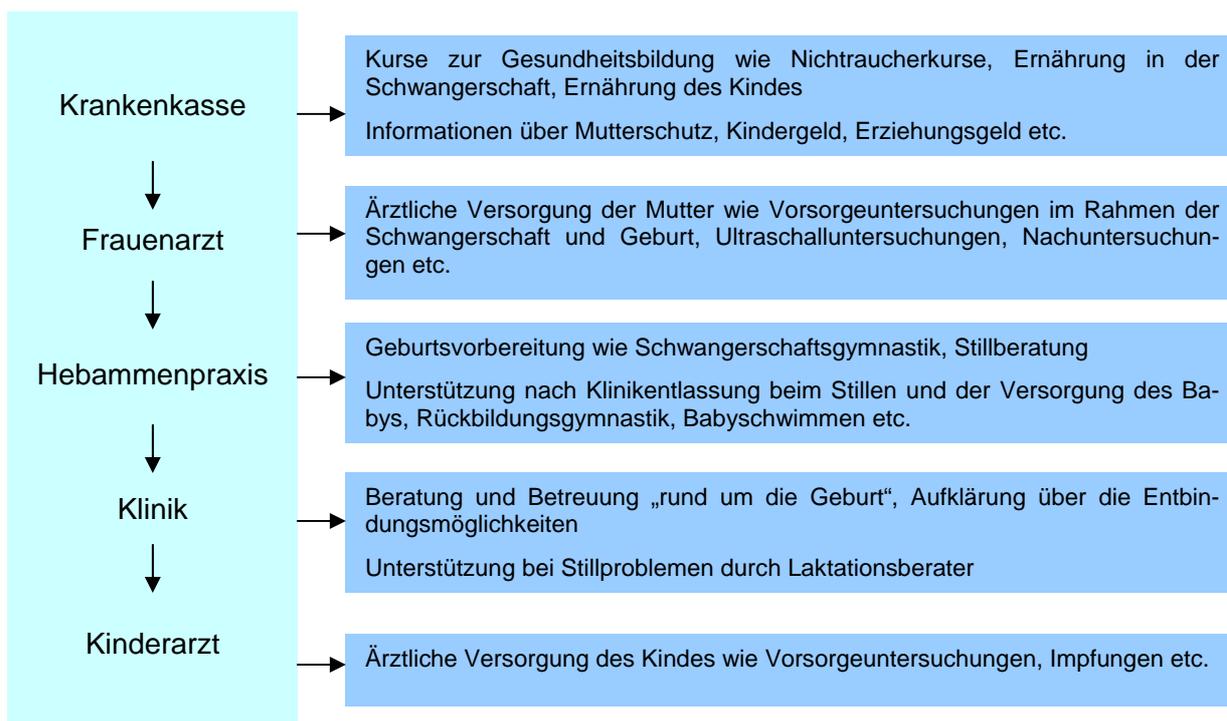


Abbildung 27: Vertrag der Integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V

Die Krankenkasse händigt den Versicherten ein Begleitheft aus, in dem alle wichtigen Informationen und Termine vermerkt sind. Die dort vorgeschlagenen Untersuchungs- und Beratungstermine werden bei Inanspruchnahme von den betreffenden Leistungserbringern bestätigt.

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

Voraussetzung für eine gute ärztliche Zusammenarbeit ist die gemeinsame Nutzung von Daten und Vernetzung der Computer des MVZ mit der Klinik, wozu die Patientinnen ihr Einverständnis erklären. Nur so ist ein lückenloser Informationsfluss gewährleistet. Regelmäßige Fortbildungen, Zusammenkünfte und Besprechungen mit den „Satelliten“ sichern gutes Fachwissen aller Beteiligten und eine einheitliche Qualität der Behandlung (Konsistenz).

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

Thema abfragen und sie ggf. an die entsprechenden Stellen (Hebamme, Mütterberatung) weiterleiten, damit eine detaillierte und individuelle Beratung stattfinden kann. Haben alle Beteiligten des MVZ den gleichen Wissensstand, ist eine einheitliche Weitergabe von Informationen möglich. Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ sollte z.B. allen Beteiligten geläufig sein.

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

6 Zusammenfassung und Fazit

„Zusammenkunft ist ein Anfang.

Zusammenhalt ist ein Fortschritt.

Zusammenarbeit ist der Erfolg.“

(Henry Ford, 1863 – 1947)

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

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

Einige Ergebnisse könnten jedoch verbessert werden. So stillen viele Mütter vorzeitig ab, wenn sie glauben, dass ihr Kind nicht satt wird. Auch Stillkomplikationen führen häufig zum Abstillen. Mehr als die Hälfte der Säuglinge (knapp 60%) benutzen entgegen der Empfehlung des stillfreundlichen Krankenhauses einen Gummisauger. Risikogruppen wie sozial Benachteiligte oder Raucherinnen stillen deutlich seltener und kürzer als die Vergleichsgruppen. Angebote nach Klinikentlassung werden von den Frauen nur zögerlich angenommen, obwohl sie gut darüber informiert waren.

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

Bei den Übergängen zwischen den Sektoren kommt es zu Informationsverlusten. Die Ursache könnte die mangelnde Kommunikation und Kooperation der einzelnen Leistungserbringer untereinander sein, aber auch fehlendes Fachwissen.

Das vorgestellte Konzept einer integrierten Stillförderung vernetzt alle an der Behandlung Beteiligten miteinander. Eine gute Zusammenarbeit würde

- einen besseren Informationsstand der Frauen über den gesamten Zeitraum der Schwangerschaft und Stillzeit (Stillwissen, Angebote vor und nach der Geburt) ermöglichen
- die Qualität der Klinikbetreuung verbessern (Konsistenz)
- auftretende Stillkomplikationen rechtzeitig identifizieren und behandeln
- das Gesundheitsverhalten der Frauen bei Beginn der Schwangerschaft positiv beeinflussen (Raucherinnen)
- eine intensive Betreuung von Risikogruppen ermöglichen (sozial Benachteiligte).

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

Als nachteilig könnte sich auswirken, dass die Frauen in der freien Arztwahl eingeschränkt sind. Bei der Teilnahme an der Integrierten Versorgung gehen die Patienten die Verpflichtung ein, nur die teilnehmenden Leistungserbringer aufzusuchen. Auch müssen die Versicherten dem Datenaustausch zwischen den Vertragspartnern zustimmen. Hier kann der Arzt (insbesondere der Hausarzt) Überzeugungsarbeit leisten, denn er genießt eine Vertrauensstellung. Ebenso müssen sich die Versicherten erst an die neue Versorgungsform gewöhnen und die Vorteile für sich erkennen. Für die Leistungserbringer stellt die integrierte Arbeitsweise ebenfalls eine Herausforderung dar, denn es werden hohe Ansprüche an ihre Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft gestellt.

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

7 Literatur

Abou-Dakn, M. (2006). Pressemeldung BFHI:

[http://www.babyfreundlich.org/48.html?&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=45&tx_ttnews\[backPid\]=48](http://www.babyfreundlich.org/48.html?&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=45&tx_ttnews[backPid]=48) (23.05.2007)

Abou-Dakn, M./Wöckel, A. (2006). „Effekte des Stillens auf die Müttergesundheit.“ In: Brigitte Borrmann und Beate A.Schücking (Hgg.).Frauengesundheit Band 6: Stillen und Müttergesundheit. Osnabrück: V&R unipress, 57-67

Amelung, V., Schumacher, H. (2004). Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement (3.Auflage). Wiesbaden: Gabler

Bundesregierung (2004). Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.

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

Baumberger, J. (2001). So funktioniert Managed Care - Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa. Stuttgart: Thieme

[BFHI] Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (2007).

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

Bundesinstitut für Risikobewertung (2004). Stellungnahme der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1.März 2004.

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

[BQS] Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V. Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur Integrierten Versorgung nach Versorgungsregion, Stichtag 30.06.200. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20070630.pdf> (26.07.2007)

[BMG] Bundesministerium für Gesundheit (2004), Redaktionsbüro Gesundheit. Effizienz im Gesundheitswesen.

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

- [BMG] Bundesministerium für Gesundheit (2007), Redaktionsbüro Gesundheit: Medizinische Versorgungszentren in Deutschland.
http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/zukunft_entwickeln/medizinische_versorgungszentren/pdf/uebersicht_mvz_deutschland.pdf (25.08.2007)
- Duden *Band 5* (2001). Das Fremdwörterbuch (7.Auflage). Mannheim: Dudenverlag
- Haubrock, M. et al. (2000). Managed Care – Integrierte Versorgungsformen. Bern: Huber
- Jöllnbeck, M. (2006). Evaluation einer Erhebung – Prozess und Qualität einer krankenhausbasierten Querschnittsstudie zur Stillförderung. Diplomarbeit, eingereicht am 03.04.2006
- Kern, A. et al.(2006). Wie beurteilen Frauen die Betreuung in Stillfreundlichen Krankenhäusern? - Ergebnisse einer Befragung in neun Stillfreundlichen Krankenhäusern in Österreich. In: Frauenarzt 47(2006) Nr.1, München: Publimed Medizin und Medien GmbH
- Kersting M./ Dulong M. (2002). Fakten zum Stillen in Deutschland – Ergebnisse der SuSe-Studie, Monatsschrift Kinderheilkunde 150, 1196-1201
- Kersting M. (2004).Stillen in Deutschland – Datenlage: Zehn Jahre Nationale Stillkommission in Deutschland, Internationales Symposium, Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin: <http://www.bfr.bund.de/cm/251/Abstractband.pdf> Stand 15.07.2007
- Kersting, M. (2006). Stillen in Deutschland, Deutsche Hebammenzeitschrift 3
- Kohlhuber, M. et al. (2007). Stillraten und Stilldauer in Bayern – Ergebnisse der Studie „Stillverhalten in Bayern“, in Gesundheitswesen 69:3
- Mühlbacher, A. (2002). Integrierte Versorgung - Management und Organisation.Eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. Bern: Hans Huber
- Eichhorn/Schmidt-Rettig (Hgg.) (1998). Chancen und Risiken von managed care - Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Stuttgart: Kohlhammer
- [KBV] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007). Medizinische Versorgungszentren aktuell. 2.Quartal 2007.
<http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&Sy>

- stemTy-
pe=2&LogonId=4e9db9fe35904f6f972c5cc80215752a&DocId=003754603&Page=1 (27.07.2007)
- [OECD] Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2006). OECD-Gesundheitsdaten 2006 – Deutschland im Vergleich.
<http://www.oecd.org/dataoecd/55/6/37006838.pdf> (18.07.2007)
- Przyrembel, H. (2001). Die Vorteile der Muttermilchernährung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.). Gesundheitsförderung Konkret, Band 3
- Rosenbrock R./Gerlinger T. (2004). Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber
- [SVR] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995). Sondergutachten 1995: Gesundheitsversicherung und Krankenversicherung 2000: Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit.
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurz95.pdf> (25.07.2007)
- [SVR] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Über- Unter- und Fehlversorgung, Band III, Gutachten 2000/2001.
<http://www.sv-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-de.pdf> (21.07.2007)
- [SVR] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I und II, Gutachten 2003.
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurz-de03.pdf> (15.07.2007)
- [SVR] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007.
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/%DCbersicht/Kurzfassung.pdf> (23.07.2007)
- [SGB V] Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung.
http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sgb_v.htm (20.07.2007)
- Specke, H (2005). Der Gesundheitsmarkt in Deutschland (3.Auflage). Bern: Hans Huber

Statistisches Bundesamt (2006). Statistisches Jahrbuch 2006: Gesundheitsausgaben, S.248. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht03/kurzf-de03.pdf> (15.06.2007)

Statistisches Bundesamt (2006): Leben in Deutschland: Haushalte, Familien und Gesundheit – Ergebnisse des Mikrozensus 2005, Kapitel 3. <http://www.destatis.de/jetpeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/LebenDeutschland05,property=file.pdf> (15.06.2007)

[BFHI] Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (2006). Pressemeldung. <http://www.babyfreundlich.org/fileadmin/stillfreundlich.de/Material/Pressemeldungen/2006-11ExpertenkonferenzBerlin.pdf>: (15.06.2007)

Wiechmann, M. (2003). Managed Care – Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag GmbH

8 Eidesstattliche Erklärung

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

Uelzen, 03.09.2007

Ulrike Lüttmann

9 Anhang

Demografiefragebogen.....	I
Fragebogen, Seite 1.....	II
Fragebogen, Seite 2.....	III
Fragebogen, Seite 3.....	IV
Fragebogen, Seite 4.....	V
Fragebogen, Seite 5.....	VI

QuaSti Qualität im Stillfreundlichen Krankenhaus Heidelberg

InGe
Institut für
Gesundheitswissenschaften

KLINIKUM NORD

<input type="text"/>	Erhebungsdatum	Datum Entlassung	Interviewer/In	<input type="text"/>	Neuer Bogen	⏪ ⏩ ⏴ ⏵	Lücken	<input type="text"/>
Mutter	Name	Vorname	Alter	Telefon				
Adresse	Straße & Nr	PLZ	Ort	Stadtteil				
Neugeborenes	Vorname	<input type="radio"/> Mädchen <input type="radio"/> Junge	2. Vorname (Zwilling)	<input type="radio"/> Mädchen <input type="radio"/> Junge	Geburtsdatum			
Familie	<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> unverheiratet <input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> Other...			Personen im Haushalt				
				Gesamt	Kinder			
Schule Ausbild. Job	<input type="radio"/> Abitur, Fachhochschulreife <input type="radio"/> mittlere Reife <input type="radio"/> Hauptschulabschluss <input type="radio"/> Ohne Abschluss <input type="radio"/> Other...		<input type="radio"/> Studium <input type="radio"/> Fachschule <input type="radio"/> Lehre <input type="radio"/> ohne Ausbildungsabschluss <input type="radio"/> Other...		<input type="radio"/> Studium <input type="radio"/> Lehre <input type="radio"/> Other... <input type="radio"/> Fachschule <input type="radio"/> Schule		<input type="checkbox"/> Geringfügig <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Other...	
				<input type="radio"/> keine Erwerbstätigkeit				
Geld	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Lohn, Gehalt <input type="checkbox"/> Asylbewerber <input type="checkbox"/> Nebenverdienst <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld <input type="checkbox"/> Other... <input type="checkbox"/> Erziehungsgeld		<input type="radio"/> 0 - 500€ <input type="radio"/> 1.401 - 1.800 € <input type="radio"/> 3.001 - 3.500 € <input type="radio"/> 501 - 800 € <input type="radio"/> 1.801 - 2.200 € <input type="radio"/> 3.501 - 4.000 € <input type="radio"/> 801 - 1.100 € <input type="radio"/> 2.201 - 2.600 € <input type="radio"/> > 4.001 € <input type="radio"/> 1.101 - 1.400 € <input type="radio"/> 2.601 - 3.000 €					
Land	<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> nicht D, in D aufgewachsen <input type="radio"/> Other...		Aufenthaltsdauer in D		<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Türkisch <input type="radio"/> Other...		zum Fragebogen	
				<input type="text"/>	Jahre			

Fragebogen

QuaSti^{2.2}

Vorname Wilhelmine	Nachname Test	Telefon 040/0404040	Telefon 2 0171/717171	ID 158	Interviewerin Nina Egger
Interviewbeginn 27.06.2005 13:58 27.06.2005 14:10	Ende 13:59 14:29	IntervTeil 5	<input type="button" value="I"/> <input type="button" value="L"/> <input type="button" value="R"/> <input type="button" value="I"/>		
Gesamtdauer 20 Min		Interview abgeschlossen			

Guten Tag, mein Name ist **Nina Egger**, ich bin Studentin an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Wir führen eine Befragung zum Thema Stillen und Stillunterstützung durch. Sie haben sich bei der Aufnahme/ Anmeldung in das Klinikum Nord, Heidelberg, zu Ihrer Geburt bereit erklärt, an einer telefonischen Befragung zu Ihren persönlichen Erfahrungen teilzunehmen. Damit tragen Sie dazu bei, dass sich die Situation stillender Frauen verbessert.

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

Ihre Antworten werden natürlich vertraulich behandelt und anonym ausgewertet.

Ja...

Nein ... können wir einen anderen Termin vereinbaren?

Ist es richtig, dass Ihr Kind heißt? Ist das ein Mädchen oder ein Junge? Mädchen Junge Wann ist das Kind geboren? Geburtsdatum: Wochen:

Wie viele Kinder haben Sie vorher geboren? Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?

Hatten Sie eine ambulante Geburt? Ja Nein Hatten Sie eine Beleghebamme (nicht im Krankenhaus angestellt)? Ja Nein

Wie lange waren Sie in der Klinik? Tage Stunden

Wie haben Sie **Willi** geboren? (Mehrfachnennungen möglich)

zunächst geplante Hausgeburt, dann Klinikeinweisung Other...
 natürliche Geburt ohne Einleitung
 natürliche Geburt mit Einleitung
 Sauglockenentbindung
 Kaiserschnitt, medizinisch notwendig
 Kaiserschnitt, auf meinen Wunsch
 Wassergeburt
 alternative Gebärart (Gebärstuhl etc.)
 Mehrlingsgeburt (Zwillinge, Drillinge etc.)
 PDA oder andere Regionalanästhesie erhalten
 ohne Anwesenheit des Kindsvaters im Kreißaal **

Wie schwer war **Willi** bei der Geburt? Gramm In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie **Willi** geboren? Woche

Haben Sie sich die Geburt Ihres Babys im Krankenhaus Heidelberg so vorgestellt oder hatten Sie andere Erwartungen? Welche der folgenden Antwort trifft für Sie zu?

alles war wie erwartet
 meine Erwartungen wurden übertroffen
 ich bin etwas enttäuscht
 kann ich so nicht sagen

1 Stillen Sie zur Zeit?

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

Warum haben Sie nicht gestillt ?

- Ich wollte von vorne herein nicht stillen
- Mein Kind wollte nicht an die Brust
 Ich hatte keine Milch
 krankheitsbedingte Gründe der Mutter
 krankheitsbedingte Gründe des Kindes
 Other...

Wie lange haben Sie voll gestillt? Tage Wochen Monate
 Wie lange haben Sie insgesamt gestillt? Tage Wochen Monate

Welche Gründe führten zu diesem Entschluss? (offene Frage)

2 Wie wird Willi zurzeit ernährt?

Ich stille voll

Ich stille und füttere zu:

Prenahrung fleischhaltig
 1-er Nahrung getreidehaltig
 Milchbrei Other...
 Obst/Gemüse

3

a) **Wie lange wollen Sie voll stillen?** Bis das Kind Wochen bzw. 3 Monate alt ist

b) **Wie lange haben Sie voll gestillt?** Bis das Kind Wochen bzw. Monate alt war

4 Wie lange möchten Sie insgesamt stillen? Bis das Kind Wochen bzw. 9 Monate alt ist

5 Welche Gründe führten zum Abstillen? (offene Frage; Mehrfachnennungen möglich)

Ich wollte von vorne herein nicht länger stillen Die Hebamme hat mir dazu geraten
 Mein Kind wollte nicht länger Ich habe wieder angefangen zu arbeiten / studieren
 Ich hatte nicht genug Milch Mein Mann/meine Familie wollte es so
 Ich war unsicher, ob das Kind genug Milch bekommt Ich hatte nicht genügend Unterstützung
 Ich hatte eine Brustentzündung Other...
 Der Arzt hat mir dazu geraten

a) **Nimmt Willi einen Schnuller?** Ja Nein

Wie alt war Willi, als er damit anfing? Tage Wochen Monate Weiß nicht

b) **Haben Sie vorherige Kinder gestillt?** Ja Nein

6 Wann haben Sie den Entschluss gefasst, zu stillen?

schon vor der Schwangerschaft/stand immer fest
 während der Schwangerschaft
 im Krankenhaus

7 Hatten Sie das Gefühl, im Krankenhaus zum Stillen, jetzt mal in Anführungsstrichen, „überredet“ worden zu sein?

Ja, ich wurde überredet Nein, ich wurde überzeugt
 Nein, ich wollte stillen

8 Haben Sie sich vor der Geburt über das Thema Stillen informiert?

Nein, ich wusste schon genug Ja, und zwar... Broschüren Geburtsvorbereitung Frauenärztln
 Nein, es gab wichtigere Themen Hebamme FreundInnen Other...

9 Wurden Sie während der Schwangerschaft, also bevor Sie zur Geburt in die Klinik gegangen sind, von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern des Krankenhauses über das Stillen informiert?

Ich hatte vor der Geburt keinen Kontakt mit dem Krankenhaus Ich kann mich nicht erinnern
 Nein Ja
 Nein, war nicht nötig

10 Worüber wurden Sie zum Thema Stillen während Ihres Aufenthalts vom Krankenhaus informiert? War diese Information für Sie ausreichend? (offene Frage)

wollte ich nicht / war nicht nötig
 habe keine Information erhalten

Information über

Vorteile des Stillens	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Nachteile des Stillens	<input checked="" type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Dauer	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Anlegetechniken	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Häufigkeit	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Komplikationen	<input checked="" type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Ansprechpartner/-möglichkeiten bei Problemen	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> nicht ausreichend

11 Über welche anderen Themen hätten Sie sich mehr Informationen vom Krankenhauspersonal gewünscht?

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

Nach Minuten oder nach Stunden. Weiß nicht

13 Ist Ihnen das erste Anlegen gezeigt worden?

Ja, von
 Nein
 Nein, nicht nötig

14 Erhielten Sie später weitere Unterstützung beim Anlegen?

Ja, von
 Nein
 Nein, nicht nötig

15 Wie zufrieden waren Sie mit der Stillbetreuung im Krankenhaus?

Vollkommen zufrieden Weitgehend zufrieden Weniger zufrieden Unzufrieden
 Ich habe keine Betreuung benötigt bzw. in Anspruch genommen

16 Wie zufrieden waren Sie mit der Betreuung während Ihres Klinikaufenthalts mit dem Folgenden?**Bitte vorlesen**

Freundlichkeit	<input checked="" type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Einfühlungsvermögen	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Praktische Hilfestellung	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Offenheit gegenüber Fragen	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Verständlichkeit der Erklärungen	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Übereinstimmung der Informationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden
Genügend Zeit des Personals	<input type="radio"/> Vollkommen zufrieden	<input type="radio"/> Weitgehend zufrieden	<input checked="" type="radio"/> Weniger zufrieden	<input type="radio"/> Unzufrieden

17 Hat Ihnen im Krankenhaus etwas besonders gut gefallen?

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

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

Ja, auf jeden Fall Nein, auf gar keinen Fall Ja, wenn...

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

Nähe Empfehlung Kinderklinik im Hause Stillfreundlichkeit Other...

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

Ja
 Nein, weil Kind oder Mutter auf Intensivstation waren
 Kind unruhig war / geschrien hat
 Mutter erschöpft war / Ruhe brauchte
 Other...
 Weiß nicht

22 Über welche Angebote, die Ihre Klinik nach dem Aufenthalt macht, waren Sie informiert? Welche davon haben Sie genutzt?

Ich habe keine Information bekommen
 Ich habe keine Angebote benötigt
 Ich habe Informationen bekommen über...

Stilltreffs	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
Stillberatung	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
Stillhotline	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
Rückbildungsgymnastik	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
Babyschwimmen	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
Babymassage	<input type="radio"/> informiert	<input type="radio"/> genutzt
andere:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> informiert <input type="radio"/> genutzt

23a Es gibt ja nicht nur Angebote von Seiten des Krankenhauses. Welche anderen Beratungsangebote, Informationsquellen und -personen (auch im privaten Umfeld) haben Sie anschließend bzgl. des Stillens in Anspruch genommen? (offene Frage, in Tabelle eintragen)

- Keine, ich hatte keinen Bedarf
 Keine, ich hätte gerne welche gehabt

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

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

Anbieter/in	a	b	c
Hebamme	<input checked="" type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Mütterberatung /Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Stilltreff/Stillberatung	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input checked="" type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Frauenarzt/in	<input checked="" type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Kinderarzt/in	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Partner	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Mutter	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input checked="" type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Schwester, Schwägerin	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input checked="" type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Freundin(nen)	<input checked="" type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Sonst. _____	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt
Sonst. _____	<input type="checkbox"/> genutzt/in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/> hilfreich/nützlich	<input type="checkbox"/> zur Verfügung, nicht genutzt

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

- Vorteile**
- Ich sehe keine
 - Mutter-Kind-Bindung
 - Kindergesundheit
 - Müttergesundheit
 - Immer verfügbar, Zeitaufwand gering, bequem/praktisch
 - geringer Kostenaufwand
 - Other...

- Nachteile**
- Ich sehe keine
 - Schmerzen
 - Abhängigkeit, Gebundenheit ans Kind
 - Kind schläft nicht durch
 - eingeschränkter Lebens- und Ernährungsstil
 - körperliche Veränderung bei Mutter
 - Other...

25 Wie lange ist es Ihrer Meinung nach gut, ein Kind zu stillen?

(offene Frage, Mehrfachnennungen möglich)

- Weiß nicht
- Gar nicht
- Zeitangabe
- Bis das Kind nicht mehr mag
- Solange Mutter und Kind sich wohlfühlen
- Other...

_____ Monate, davon _____ Monate voll

26 Wie häufig sollte ein neugeborener Säugling am Tag (24 Stunden) angelegt werden?

(offene Frage, Mehrfachnennungen möglich)

- nach Bedarf des Kindes
- Anzahl pro Tag _____ mal am Tag
- wenn die Brust voll ist
- Zeitintervall _____ alle _____ Stunden
- Other...

27 Kennen Sie unterschiedliche Stillpositionen?

Nein Ja Welche Stillpositionen kennen Sie? (Beschreibungen zählen) 3

28 Kann eine stillende Mutter etwas tun, ...

... wenn sie das Gefühl hat, zuwenig Milch zu haben?

- Ja, nämlich _____
 Nein, nichts

... um bei einer Trennung von ihrem Kind die Milchproduktion aufrecht zu erhalten?

- Ja, nämlich _____
 Nein, nichts

... wenn die Brust übertoll ist?

- Ja, nämlich _____
 Nein, nichts

