

Stillverhältnisse in der Schweiz 2003

In der Schweiz wurden 1994 erstmals gesamtschweizerische Daten zu Stillhäufigkeit und Stilldauer erhoben (1). Im Jahr 2003 wurden in einer zweiten nationalen Studie erneut Mütter zur Säuglingsernährung befragt. Resultate aus dieser Untersuchung sollen im Folgenden zusammenfassend vorgestellt werden.

Sonja Merten

Hintergrund

Obwohl 1994 im europäischen Vergleich häufig gestillt wurde, entsprach damals die Stilldauer nicht der Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie und der WHO, wonach ausschliessliches Stillen während der ersten sechs Lebensmonate die optimale Ernährung für Säuglinge darstellt (2–3). Bereits nach vier Monaten wurden 1994 weniger als die Hälfte der Kinder in der Schweiz noch voll gestillt.

UNICEF und WHO lancierten im Jahr 1992 die Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) zur Förderung des Stillens in den Geburtsspitalern. Es hatte sich gezeigt, dass den Rahmenbedingungen im Spital eine bedeutende Rolle für ein erfolgreiches Stillen zukam (4–7). Viele Stillprobleme konnten mit sachkundiger Anleitung vermieden werden. Unter anderem sollte die Vermittlung von optimalen Stilltechniken Stillproblemen vorbeugen. Zudem sollte Stillen nach Bedarf in den Geburtsstätten gezielt gefördert werden. Dazu wurden gesunde Neugeborene Tag und Nacht im Zimmer der Mutter untergebracht (Rooming-in). Insbesondere wurden auch ein frühes erstes Anlegen an die Brust, der Verzicht auf die Abgabe von Flüssigkeit oder Säuglingsanfangsmilch an ge-

Tabelle 1: Stillhäufigkeit und -dauer im Vergleich zu 1994

	2003	1994
jemals gestillte Kinder	94%	92%
im Alter von 4 Monaten voll gestillt	55%	48%
im Alter von 6 Monaten voll gestillt	20%	11%
ausschliesslich gestillt, alle Kinder		
< 6 Monate	37%	–
voll gestillt, alle Kinder < 6 Monate	47%	–
Stilldauer, Median (Wochen)	31	22
Vollstilldauer, Median (Wochen)	17	15
Dauer des ausschliesslichen Stillens, Median (Wochen)	9	–

sunde Neugeborene sowie der Verzicht auf Schnuller in den ersten zwei bis drei Lebenstagen gefördert, um negative Einflüsse auf das Stillen zu vermeiden.

In der Schweiz wurde die Baby-Friendly Hospital Initiative zu Beginn der Neunzigerjahre eingeführt. Im Untersuchungsjahr 2003 waren 45 Geburtsstätten von der UNICEF zertifiziert, während sich 31 weitere um das Label bemühten. Im vorliegenden Artikel soll der Einfluss von stillfreundlichen Rahmenbedingungen in den Geburtskliniken sowie von regionalen und sozioökonomischen Unterschieden auf das Stillen dargestellt werden. Weiter wird eine Übersicht über die häufigsten Stillprobleme gegeben.

Methode

Anhand einer repräsentativen Stichprobe von Müttern aus der französischsprachigen, der deutschsprachigen sowie der italienischsprachigen Schweiz wurde 2003 eine Befragung zur Säuglingsernährung durchgeführt. Mütterberaterinnen versandten Fragebogen an 4114 Frauen, die innerhalb der letzten neun Monate ein Kind geboren hatten. Lediglich in den Kantonen Genf und Tessin wurden die Fragebogen von anderen Stellen verteilt. Insgesamt lag der Rücklauf bei 74 Prozent (n = 3032). Nach Ausschluss doppelter und unvollständiger Fragebogen wurden 2914 Datensätze analysiert.

Angaben zur Ernährung wurden anhand eines 24-Stunden-Ernährungs-

protokolls für das Kind gewonnen. Damit wurden Informationen zur Stillhäufigkeit sowie zum Anteil von Muttermilch an der Ernährung des Säuglings (ausschliessliches, volles oder teilweises Stillen) erhoben. Dazu wurden folgende Definitionen verwendet (basierend auf den Still-Indikatoren der WHO [8]):

- **Ausschliessliches Stillen:** Keine andere Flüssigkeit oder Nahrung als Muttermilch.
- **Volles Stillen:** Muttermilch und allenfalls Flüssigkeiten auf wässriger Basis, keine Säuglingsmilch oder andere Nahrung.
- **Teilweises Stillen** (als zusätzlicher Indikator): umfasst Kinder, die Muttermilch in Kombination mit Säuglingsmilch oder anderer Nahrung erhielten.

Zusätzlich wurden Informationen über die Einführung von Säuglingsmilch und anderen Getränken sowie von Ergänzungsnahrung gewonnen. Dies ermöglichte die Berechnung der ausschliesslichen und vollen Stilldauer.

Im Vergleich mit gesamtschweizerischen Daten waren die Mütter der Stichprobe etwas älter (im Mittel 32 Jahre) und wiesen einen höheren Bildungsgrad auf. Höher lag auch der Anteil Erstgebärender. Drei Viertel der Mütter waren vor der Geburt erwerbstätig.

Resultate der Studie 2003

Entwicklung und Häufigkeit des Stillens in der Schweiz

In der Schweiz wurden 94 Prozent al-

Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern

ler Neugeborenen gestillt (Tabelle 1). Dies sind 2 Prozent mehr als 1994. Deutlich zugenommen hat insbesondere die Stlldauer: Während 1994 die Hälfte aller Säuglinge bereits mit 22 Wochen abgestillt worden war, wurde 2003 die Hälfte der Kinder erst nach 31 Wochen nicht mehr gestillt.

Auch die Dauer des vollen Stillens hat gegenüber 1994 um zwei Wochen von 15 auf 17 Wochen zugenommen. Im Alter von vier Monaten wurden 2003 noch 55 Prozent der Kinder voll gestillt, 20 Prozent noch im Alter von sechs Monaten. 1994 waren mit vier Monaten dagegen nur noch 48 Prozent, mit sechs Monaten noch 11 Prozent voll gestillt worden.

Dennoch wurden 2003 nur 37 Prozent der Kinder, die jünger als sechs Monate waren, ausschliesslich mit Muttermilch ernährt, wie es von der WHO und auch von der Schweizerischen Pädiatrischen Gesellschaft empfohlen wird. Vergleichende Zahlen zu 1994 liegen nicht vor.

Einflussfaktoren auf die Stlldauer: regionale Unterschiede, Lebensstil und sozioökonomische Faktoren

Gleich wie 1994 fallen zunächst regionale Unterschiede in Stillhäufigkeit und Stlldauer auf (Tabelle 2). Die mittlere Total-Stlldauer in der Deutschschweiz betrug 32 Wochen, in der französischen und italienischen Schweiz nur 28 Wochen (respektive 19 im Vergleich zu 15 Wochen lang volles Stillen). Diese Unterschiede waren aber nicht mehr signifikant, wenn in der Auswertung gesundheitliche Faktoren wie die Ernährung des Neugeborenen im Spital sowie einzelne Lebensstilfaktoren wie Rauchen, die Einnahme von Kontrazeptiva oder die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit berücksichtigt wurden. Rauchen führte zu einer signifikant kürzeren Stlldauer (17 gegenüber 33 Wochen bei Nichtraucherinnen), ebenso die Einnahme von Kontrazeptiva (26 gegenüber 33 Wochen). Auch die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit war mit einer Reduktion der Stlldauer verbunden: Erwerbstätige Frauen hatten 28 Wochen gestillt, noch nicht wieder arbeitende Frauen dagegen 35 Wochen.

Unterschiede zeigten sich auch beim Vergleich der Nationalitäten, jedoch hauptsächlich im Hinblick auf den Zeitpunkt des Einführens von Säuglingsmilch und anderen Getränken, während sich die Total-Stlldauer kaum unterschied. Besonders in Bezug auf

das ausschliessliche Stillen waren die Unterschiede beträchtlich: Nach drei Wochen stillten bereits 50 Prozent der Mütter aus Balkanländern nicht mehr ausschliesslich, verglichen mit Schweizerinnen, die zehn Wochen stillten. Dagegen stillten Schweizer Mütter am häufigsten primär ab. Auch das mütterliche Alter erwies sich als Einflussfaktor: Während jüngere Mütter (< 25 Jahre) ihre Kinder noch weniger lang (13 Wochen voll und 26 Wochen insgesamt) stillten, verlängerte sich die Stillzeit mit zunehmendem Alter der Mütter.

Der Bildungsgrad der Eltern und das Haushaltseinkommen dienten als Näherung für die sozioökonomische Situation der Familie. Beide Faktoren waren für die Stlldauer von Bedeutung: Wenn beide Eltern einen höheren Bildungsabschluss besaßen, wurden die Kinder fünf Wochen länger gestillt im Vergleich zu Familien, in denen kein Elternteil einen höheren Abschluss aufwies. Demgegenüber stillten Mütter mit mittlerem Haushaltseinkommen länger als jene mit sehr geringem oder sehr hohem Einkommen.

Gründe für Nicht-Stillen (primäres Abstillen) und verfrühtes Abstillen

Insgesamt wurden 167 Kinder (6%)

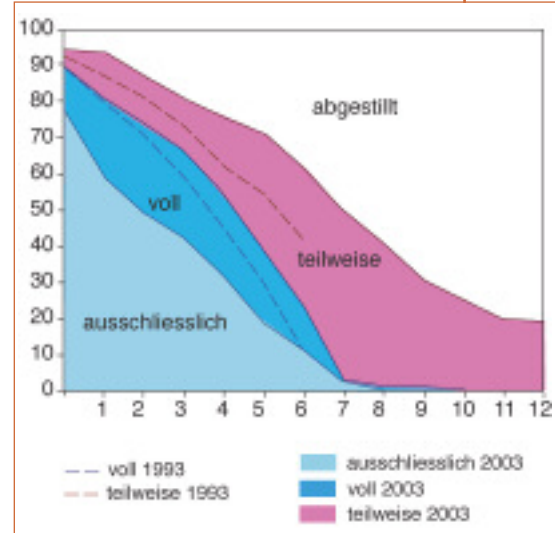


Abbildung: Stillhäufigkeit 2003, verglichen mit 1994 (aus Ernährungsbericht 2005)

gar nie gestillt. Der hier am häufigsten angegebene Grund waren Schwierigkeiten beim Stillen eines früheren Kindes (36%). Medizinische Gründe wurden seltener geltend gemacht und betrafen lediglich 22 Prozent aller primär abgestillten Kinder, also nur etwas mehr als 1 Prozent aller Neugeborenen. Noch weniger häufig genannt wurde die Beanspruchung durch Familie oder Beruf (12%).

Tabelle 2: Aufnahme des Stillens und Stlldauer (Median) nach Region, Nationalität, Bildungsstand und Alter der Mutter (n = 2914)

	Nie gestillt (primär abgestillt) n=167		Median der Total-Stlldauer		Anteil an der Studien- population	
	%	χ ² p	Wochen	p	%	
Total (n = 2914)	6		31		100	
Deutschschweiz	5		32		68	
französischsprachige Schweiz	6		28		22	
italienischsprachige Schweiz	10	0,006	28	<0,000	10	
Schweiz	6		31		80	
Balkanstaaten	2		30		4	
andere europ. Staaten	4		31		12	
aussereurop. Regionen	3	0,019	37	ns.	4	
Alter der Mutter < 25 Jahre	8		26		6	
Alter der Mutter 25–34 Jahre	5		31		66	
Alter der Mutter > 34 Jahre	6	ns.	35	<0,000	29	
kein höherer Bildungsabschluss	7		30		31	
ein Elternteil höherer Abschluss	6		31		42	
beide Eltern höherer Abschluss	4	0,034	35	<0,000	27	
Einkommen < 25 000 Franken	8		26		5	
25 000–44 999 Franken	6		31		18	
45 000–89 999 Franken	5		35		51	
90 000–119 999 Franken	4	30	16			
ab 120 000 Franken	6	ns.	28	<0,000	10	

Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern

Tabelle 3: Am häufigsten genannte Abstillgründe bei Kindern, die im Alter von weniger als 14 Wochen, zwischen 14 und 26 Wochen bzw. zwischen 27 und 39 Wochen abgestillt wurden

Abstillgrund	Zeitpunkt des Abstillens		
	0–13 Wo %	14–26 Wo %	27–40 Wo %
zu wenig Milch	65	47	33
Probleme mit Brustwarzen	17	3	1
Kind wollte nicht mehr an die Brust	12	17	26
Mutter wollte abstillen	11	29	45
Beanspruchung Familie	10	5	2
Entzündung der Brust (Mastitis)	10	2	4
Erwerbstätigkeit	7	27	15
Anzahl abgestillte Kinder	n = 553	n = 354	n = 153

Tabelle 4: Stillschwierigkeiten in den ersten Lebenswochen (stillende Mütter, n = 2747)

	Anzahl	%
Stillschwierigkeiten im Spital (Total)	1822	66
Stillschwierigkeiten zu Hause (Total)	1484	54
– wunde Brustwarzen	656	24
– zu wenig Milch	479	17
– Erschöpfung der Mutter	408	15
– Saug Schwierigkeiten des Kindes	354	13
– Bauchkrämpfe des Kindes	315	11
– Milchstau	303	11
– andere	256	9
Stillberatung in den ersten Wochen zu Hause	787	29

Anders hingegen setzten sich die Gründe bei den 1060 Kindern zusammen, die ursprünglich gestillt und in den ersten 40 Lebenswochen abgestillt wurden (Tabelle 3). Zu wenig Milch zu haben war der bei weitem häufigste Grund, weshalb ein Kind in den ersten drei Lebensmonaten abgestillt wurde (65%), gefolgt von Problemen mit den Brustwarzen (17%). In diesem Zeitraum spielte die Erwerbstätigkeit kaum eine Rolle, und nur 11 Prozent der Mütter, die abstillten, taten dies aus eigenem Wunsch. Dies änderte sich zwischen dem vierten und sechsten Lebensmonat. Nach wie vor gaben 47 Prozent der Mütter an, zu wenig Milch zu haben, jedoch bereits fast ein Drittel der Mütter, die abstillten, wünschten dies zu diesem Zeitpunkt ausdrücklich. Stark gestiegen war auch der Anteil der Frauen, die während dieser Zeit das Stillen wegen der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aufgaben (27%).

Im zweiten Lebenshalbjahr spielte der Wunsch der Mutter die grösste Rolle für das Abstillen (45%). Dennoch kann geschlossen werden, dass weit weniger als die Hälfte der Mütter, die in den ersten neun Lebensmona-

ten abstillten, dies zu diesem Zeitpunkt auch beabsichtigten. Deutlich im Vordergrund standen Stillprobleme, insbesondere ein Mangel an Muttermilch. Die Erwerbstätigkeit hingegen spielte bei den Gründen für verfrühtes Abstillen eine untergeordnete Rolle.

Häufigste Stillprobleme

Entsprechend den Gründen für verfrühtes Abstillen stellten auch Stillschwierigkeiten in den ersten Lebenswochen Hindernisse dar (Tabelle 4). Mehr als die Hälfte aller Mütter (54%) gaben an, mit dem Stillen zu Hause Schwierigkeiten gehabt zu haben. Am meisten Probleme bereiteten wunde Brustwarzen, was 23 Prozent aller Mütter betraf, sowie ein Mangel an Muttermilch (17%). Obwohl ein verbessertes Stillmanagement sich positiv auf diese Probleme auswirken könnte, haben insgesamt nur 53 Prozent aller Mütter mit Stillproblemen in den ersten Wochen eine Stillberatung zu Hause in Anspruch genommen.

Stillfreundliche Kliniken

Die Studie konnte einen Zusammenhang zwischen Kriterien der Baby-

Friendly Hospital Initiative und der Stilldauer sowohl auf individueller Ebene wie auch auf Spitalebene aufzeigen (Tabelle 5). Die bekannten Faktoren: frühes Ansetzen an die Brust, Rooming-in und Stillen nach Bedarf begünstigten das Stillen. Hingegen erhöhte die Gabe von Wasser, Dextrose-Maltose-Lösung oder Säuglingsanfangsmilch sowie eines Schnullers in der ersten Woche das Risiko für ein Kind, früher nicht mehr gestillt zu werden (voll sowie überhaupt).

Stillprobleme traten bei Müttern, die in UNICEF-zertifizierten Spitälern geboren hatten, seltener auf, sowohl im Spital (OR = 1,24, 95% CI 1,03–1,50) wie auch später zu Hause (OR = 1,21, 95% CI 1,01–1,44). Allerdings erfüllten in den letzten Jahren nicht alle UNICEF-zertifizierten Geburtsstätten die Kriterien des BFHI-Programmes gleichermaßen (9). Dies wirkte sich auch auf die Stilldauer aus. Mütter, die in zertifizierten Geburtsstätten mit hoher Compliance mit den BFHI-Kriterien geboren hatten, stillten länger als Mütter, die in BFHI-Kliniken/Spitälern geboren hatten, welche die Kriterien des Programms weniger gut erfüllten (10).

Gesundheitliche Probleme und Art der Entbindung

Weder Schwangerschaftskomplikationen noch Probleme bei der Geburt zeigten einen Effekt auf die Stilldauer. Hingegen zeigte die Art der Entbindung einen deutlichen Einfluss. Vaginal gebärende Frauen ohne Periduralanästhesie stillten später länger als Mütter, die mit Periduralanästhesie oder mittels Kaiserschnitt in Allgemeinnarkose geboren hatten (11). Hingegen blieben auch gesundheitliche Probleme des Kindes nach der Geburt ohne Auswirkung auf die Dauer des Stillens.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der repräsentativen gesamtschweizerischen Studie 2003 zeigten eine Zunahme des Stillens gegenüber der letzten nationalen Erhebung von 1994. Die befragten Mütter stillten deutlich länger als jene neun Jahre zuvor: nach 31 Wochen wurden noch 50 Prozent der Kinder gestillt, was eine Verlängerung der Stilldauer um 9 Wochen bedeutet.

Bereits 1994 wurden grosse regionale Unterschiede in Bezug auf Stillhäufigkeit und Stilldauer festgestellt. Diese ha-

Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern

Tabelle 5: Einfluss von stillfreundlichem Spital, Stillproblemen und Stillberatung auf die Stilldauer

	Stopp volles Stillen		Abstillen		n = 2914 %
	HR	95% CI	HR	95% CI	
stillfreundliches Spital	1		1		40
kein stillfreundliches Spital	1,20	1,07–1,34	1,21	1,04–1,41	60
Ansetzen innerhalb 1h	1	1			66
späteres Ansetzen	1,23	1,09–1,38	1,55	1,34–1,80	34
nur Muttermilch im Spital	1		1		54
Wasser oder MD	1,30	1,17–1,45	1,17	1,01–1,36	32
Säuglingsanfangsmilch	2,38	2,00–2,83	2,37	1,92–2,91	8
Rooming-in	1		1		43
kein Rooming-in	1,28	1,15–1,42	1,41	1,23–1,62	57
kein Schnuller in 1. Woche	1		1		66
Schnuller in 1. Woche	1,31	1,18–1,46	1,64	1,43–1,87	34
Stillen nach Bedarf	1		1		86
anderes	1,28	1,10–1,48	1,20	0,99–1,45	14
keine Stillprobleme	1		1		34
Stillprobleme im Spital	1,39	1,25–1,55	1,50	1,30–1,74	66
Stillprobleme zu Hause	1,67	1,51–1,85	1,90	1,65–2,18	54
Stillberatung zu Hause	1		1		29
keine Stillberatung zu Hause	1,19	1,07–1,32	0,94	0,82–1,09	71

Korrigiert für medizinische und sozioökonomische Faktoren

ben sich 2003 wiederum bestätigt. Berücksichtigte man in der Analyse hingegen gesundheitliche Einflüsse und Lebensstilfaktoren, waren die Unterschiede zwischen den Regionen nicht mehr signifikant. Auch Korrekturen für die Gabe von Flüssigkeit und Säuglingsanfangsmilch im Spital schwächten den Einfluss der Regionen ab. Dies deutet darauf hin, dass modifizierbare Lebensstilfaktoren wie Rauchen oder die Einnahme von Kontrazeptiva zusammen mit der Ernährung im Spital zumindest einen Teil der regionalen Unterschiede erklären könnten.

Trotz der markanten Verbesserung der Stillresultate in der Schweiz bleibt anzufügen, dass die Empfehlung von WHO und Schweizerischer Gesellschaft für Pädiatrie, Säuglinge die ersten sechs Lebensmonate ausschliesslich mit Muttermilch zu ernähren, nur für 37 Prozent der Kinder umgesetzt werden konnte. Die Ergebnisse der Studie haben gezeigt, dass für das Ziel «sechs Monate volles Stillen» weitere Anstrengungen nötig sind.

Nicht beantwortet werden konnte die Frage, ob das frühe Verabreichen von zusätzlicher Flüssigkeit oder Säuglingsmilch für auftretende Stillprobleme verantwortlich war oder ob die Stillprobleme vorausgegangen waren. Hingegen wurde deutlich, dass ein verfrühtes Abstillen insbesondere in den ersten drei Lebensmonaten nur in den wenigsten Fällen auf Wunsch der Mutter erfolgt war. Viel häufiger führten

ein Mangel an Milch und Probleme mit den Brustwarzen zum Abstillen. Dennoch suchte nur gut die Hälfte aller Mütter mit Stillproblemen die Hilfe einer spezialisierten Stillberatung.

Die Geburt in einer BFHI-zertifizierten Geburtsstätte verminderte das Risiko für Probleme mit dem Stillen und war mit einer längeren Dauer des vollen Stillens sowie des Stillens überhaupt verbunden. Es konnte also erneut gezeigt werden, dass die Zunahme der Stilldauer auch mit der Einführung der Baby-Friendly Hospital Initiative zusammenhing. Jedes einzelne BFHI-Kriterium, das in der Betreuung der Mütter zur Anwendung kam, beeinflusste die Stilldauer. Dies impliziert, dass es sich für die Förderung des Stillens nach wie vor lohnt, die Programmpunkte der Initiative konsequent umzusetzen. Gleichzeitig bedarf es aber weiterer Anstrengungen, spätere, besonders in den ersten Wochen zu Hause, auftretende Stillprobleme besser zu handhaben – zum Wohl der Mütter und ihrer Kinder. ■

Die Studie «Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten» wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanziert.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Sonja Merten, MPH
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Basel
Steinengraben 49
4051 Basel
E-Mail: sonja.merten@unibas.ch

Literatur:

1. Conzelmann-Auer C, Ackermann-Liebrich U. Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. *Soz Präventivmed.* 1995; 40: 396–398.
2. Tönz O, Baerlocher K mit Unterstützung der Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie. Grundsätze zur Ernährung des Säuglings/Kleinkindes vom 5.–15. Monat/letzte Überarbeitung 23.09.02. Available from: www.swiss-paediatrics.org
3. WHO Geneva. The optimal duration of exclusive breast feeding. A systematic review. Geneva WHO, 2001 (Document WHO/NHD/01.08).
4. World Health Organisation, Division of Child Health and Development. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1998.
5. Dulon M, Kersting M, Bender R. Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-term breastfeeding success in Germany. *Acta Paediatr* 2003; 92 (6): 653–8.
6. Braun ML, Giugliani ER, Mattos Soares ME, et al.: Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health.* 2003; 93: 1277–1279.
7. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al.: Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001; 285: 413–420.
8. World Health Organisation. Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Geneva, Switzerland: World Health Organisation; 1991. Publication WHO/CDD/SER/91.14.
9. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. *J Hum Lact.* 2004; 20: 9–17.
10. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics.* 2005; 116 (5): 702–708.
11. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten – nationale Studie 2003. Schweizerischer Ernährungsbericht 2005.