

Autorinnen und Autor:

Anna-Kristin Brettschneider¹, Cornelia Weikert²,
Klaus Abraham², Franziska Prütz¹,
Elena von der Lippe¹, Cornelia Lange¹

Journal of Health Monitoring · 2016 1(2)

DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-038

¹ Robert Koch-Institut, Berlin

² Bundesinstitut für Risikobewertung, Berlin



Stillmonitoring in Deutschland – Welchen Beitrag können die KiGGS-Daten leisten?

Abstract

Ein kontinuierliches Stillmonitoring ist erforderlich, um Aussagen über Änderungen des Stillverhaltens machen zu können. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts erhebt in regelmäßigen Abständen bevölkerungsbezogene Daten zur gesundheitlichen Lage der in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen, darunter auch Daten zum Stillen. KiGGS wird als eine mögliche Datenquelle für ein Stillmonitoring in einem Konzept der Nationalen Stillkommission aufgeführt.

Die Daten aus KiGGS sind geeignet, retrospektiv für Geburtsjahrgänge, Indikatoren zum Stillen zu bilden. Sie zeigen, dass die Prävalenz jeglichen Stillens zwischen den Geburtsjahrgängen 2001/2002 und 2007/2008 tendenziell angestiegen ist; in Bezug auf die Stilldauer sind in den Jahrgängen 2001–2008 keine wesentlichen Änderungen zu erkennen. Aufgrund der Periodizität der KiGGS-Wellen können keine regelmäßigen Aussagen zum Stillverhalten aktueller Geburtsjahrgänge getroffen werden, welche für ein Stillmonitoring jedoch erwartet werden. Daher sollten deutschlandweite Erhebungen von Stilldaten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen sowie regelmäßige prospektive Untersuchungen zu unmittelbaren Umfeld- und Einflussfaktoren auf das Stillen weitere Instrumente eines Stillmonitorings sein.

◆ STILLVERHALTEN · STILLFÖRDERUNG · NATIONALES STILLMONITORING · GESUNDHEITSSURVEY · ZEITLICHE TRENDS

1. Einleitung

Stillen hat vielfältige kurz- und langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der gestillten Kinder und trägt zu einem gesunden Heranwachsen und zur Vorbeugung verschiedener Krankheiten bei. Kurzfristig werden bei gestillten Kindern weniger Magen-Darm- und Atemwegsinfektionen beobachtet [1]. Die Ergebnisse einer aktuellen Metaanalyse deuten darauf hin, dass Stillen langfristig mit einem geringeren Risiko von Übergewicht und Adipositas und mit etwas höheren Intelligenz-

quotienten assoziiert ist [2]. Darüber hinaus stärkt Stillen die Bindung zwischen Mutter und Kind.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt zusammen mit anderen internationalen Organisationen aktiv die Förderung des Stillens. Nach der „Globalen Strategie für die Säuglings- und Kleinkinderernährung“ sollten Säuglinge während der ersten sechs Lebensmonate ausschließlich gestillt werden, um ein optimales Wachstum sowie eine optimale Entwicklung und Gesundheit zu erlangen [3]. Ausgehend von der Globalen Strategie wurde auf europäischer Ebene der Aktionsplan

Neben anderen möglichen Datenquellen können auch die KiGGS-Daten einen Beitrag zu einem Nationalen Stillmonitoring leisten.

„Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“ herausgegeben [4]. Der Aktionsplan dient als Leitfaden für die Entwicklung und Implementation von Maßnahmen der Stillförderung in den europäischen Ländern. Die Forderung nach einem standardisierten Stillmonitoring ist ein wesentlicher Bestandteil des Aktionsplans. Das Monitoring wird dort als systematische Erhebung aktueller, umfassender und genauer Daten zu Stillquoten und Stillverhalten auf nationaler und regionaler Ebene definiert. In Deutschland hat die Nationale Stillkommission ein konkretes Konzept für ein Stillmonitoring in Deutschland erarbeitet [5]. Dieses sieht einen integrativen Ansatz vor, bei dem verschiedene Datenquellen gemeinsam betrachtet werden und sich in ihren Aussagen ergänzen. Ziel ist es, ein umfassendes und aktuelles Gesamtbild zum Stillen und seinen Rahmenbedingungen zu erhalten. Dieses kann die Basis sein, um gezielt Maßnahmen zur Stillförderung zu planen und ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Als eine Datenquelle für ein integratives Stillmonitoring wird die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts in dem Konzept der Stillkommission aufgeführt. Es liegen bereits publizierte Ergebnisse zum Stillen aus der KiGGS-Studie vor, die Gesamtauswertungen für die Stillquoten in Deutschland über größere Zeiträume (Geburtsjahrgänge 1996–2002 und 2002–2012) präsentieren [6, 7]. Um im Sinne eines Stillmonitorings Aussagen zur Entwicklung der Stillquoten nach Geburtsjahrgängen und nach Dauer (zwei, vier, sechs Monate und länger) des ausschließlichen, vollen und jeglichen Stillens (**Abbildung 1**) treffen zu können, werden detail-

lierte Analysen der in der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 1 vorhandenen Angaben benötigt. Mit diesen Auswertungen soll zudem überprüft werden, welchen Beitrag die KiGGS-Daten zu einem nationalen Stillmonitoring leisten können.

2. Methode

KiGGS ist eine kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie (ausführlicher zur Methodik siehe [8–10]). Im Rahmen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) wurden insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche an 167 Untersuchungsstellen eingeschlossen (Response: 66,6%). Die Folgebefragung, KiGGS Welle 1 (2009–2012), umfasste eine Querschnittstichprobe von 4.455 Ersteingeladenen im Alter von 0–6 Jahren und 7.913 Wiedereingeladenen im Alter von 7–17 Jahren (Response 38,8% für Erst-, 72,8% für Wiedereingeladene). Fragen zum Stillverhalten wurden in der KiGGS-Basiserhebung allen Eltern von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen, in KiGGS Welle 1 allen Eltern von 0- bis 10-jährigen Kindern gestellt; das heißt, dass die Daten zum Stillen retrospektiv mit unterschiedlichen Rückerinnerungszeiträumen erhoben wurden (ausführlicher zur Erhebung des Stillens siehe [7, 11]). Wurden die Fragen zum Stillverhalten in beiden Erhebungen gestellt und es traten Diskrepanzen bezüglich der Frage, ob jemals gestillt wurde, auf, wurde die jeweils verlässlichere Angabe (Angabe der Mutter bzw. Angabe aus der Basiserhebung) übernommen.

Basierend auf den Angaben der Eltern zum Stillverhalten wurde aus den Daten der KiGGS-Basiserhebung

Stillmonitoring bedeutet die systematische Erhebung aktueller, umfassender und genauer Daten zu Stillquoten und Stillverhalten auf nationaler und regionaler Ebene mit dem Ziel einer optimalen Stillförderung.

und von KiGGS Welle 1 für die Geburtsjahrgänge 2001–2008 bestimmt, welcher Anteil der Kinder bis zum zweiten, vierten oder sechsten Lebensmonat sowie länger ausschließlich, voll oder jeglich gestillt wurde. Des Weiteren wurde die jeweilige durchschnittliche Stilldauer berechnet. Beim ausschließlichen Stillen erhält der Säugling neben der Muttermilch keine weiteren Flüssigkeiten oder Beikost, während beim vollen Stillen zusätzlich Flüssigkeiten wie Wasser oder Tee gegeben werden können (schließt ausschließliches Stillen mit ein). Beim jeglichen Stillen können zusätzlich auch nahrhafte Flüssigkeiten (insbesondere Säuglingsmilchnahrung) oder Beikost gefüttert werden; ausschließliches und volles Stillen sind hierbei mit eingeschlossen [12, 13] (Abbildung 1).

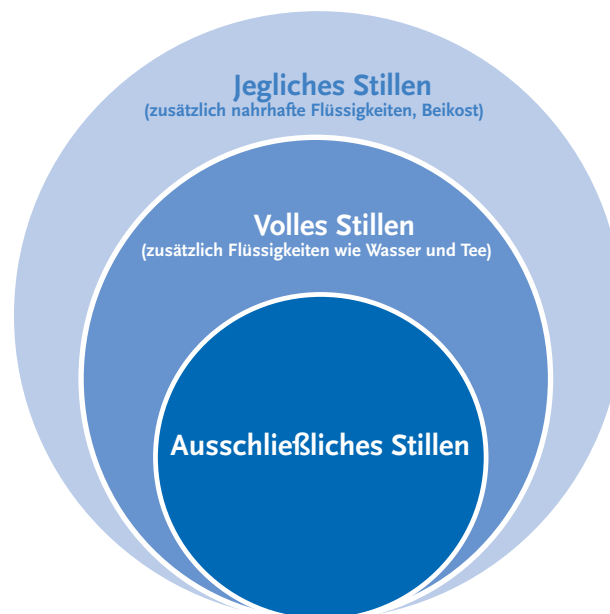


Abbildung 1

Definitionen zum Stillen

Quelle: Eigene Darstellung nach [12, 13]

Für die Auswertungen wurden jeweils zwei Geburtsjahrgänge zusammengefasst: 2001/2002, 2003/2004, 2005/2006, 2007/2008. Da das im Jahr 2006 erlassene Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) auf alle ab dem 1. Januar 2007 geborenen Kinder Anwendung fand [14], war auch von Interesse, ob sich die Stillquoten und die Stilldauer bei den Geburtskohorten 2007–2008 von denen der vorherigen Geburtskohorten unterscheiden. Da in den Jahrgängen 2009–2012 (dem Befragungszeitraum von KiGGS Welle 1) noch ein beträchtlicher Anteil der Kinder gestillt wurde und zum Befragungszeitpunkt nicht absehbar war, wie lange diese Kinder gestillt werden, wurden diese Jahrgänge bei den Analysen nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus wurde die Dauer des ausschließlichen Stillens, stratifiziert nach Subgruppen, ausgewertet. Als Einflussfaktoren wurden Alter und Bildungsstatus der Mutter, Anzahl der Geschwister, Rauchen in der Schwangerschaft, Reifestatus und Wohnregion untersucht. Der Bildungsstatus wurde anhand der internationalen Klassifikation „Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations“ (CASMIN) eingeteilt [15, 16]. Da es bei den Stillquoten keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen gab [7], wurde auf geschlechtsstratifizierte Analysen verzichtet.

3. Ergebnisse

Nach den KiGGS-Daten zeigt sich ein gewisser Anstieg der Prävalenz jeglichen Stillens in Deutschland: 77,0% der Kinder aus den Geburtsjahrgängen 2001/2002 wurden jemals gestillt, in den Jahrgängen 2007/2008

Die KiGGS-Daten zeigen, dass der Anteil jemals gestillter Kinder zwischen den Geburtsjahrgängen 2001/2002 und 2007/2008 tendenziell angestiegen ist, während sich die Stilldauer nicht wesentlich verändert hat.

waren es 82,5%. Im Alter von sechs Monaten wurde in allen Geburtsjahrgängen noch etwa die Hälfte der Säuglinge gestillt. Danach sanken die Stillquoten deutlich ab (Tabelle 1).

Zwei Drittel (66,4%) der Kinder der Geburtsjahrgänge 2007/2008 wurden – zumindest kurze Zeit – ausschließlich gestillt. Bei den 2001/2002 geborenen Kindern waren es 63,4%. Die vorliegende Auswertung der KiGGS-Daten belegt, dass die Prävalenz des ausschließlichen Stillens zwischen Geburt und zweitem Lebensmonat nur wenig abnahm (um etwa fünf bis acht Prozentpunkte). Ein Abfall der Prävalenz fand insbesondere

zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat statt, hier betrug die Differenz durchschnittlich 22 Prozentpunkte (Tabelle 1). Die durchschnittliche Dauer des ausschließlichen Stillens betrug knapp vier Monate (Abbildung 2).

Auch beim vollen Stillen zeigt sich ein deutlicher Abfall der Stillquoten zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat. Im Alter von zwei Monaten wurden 64,6% der in den Jahren 2007/2008 geborenen Kinder voll gestillt, im Alter von vier Monaten waren es noch 48,9% (Tabelle 1). Die Stillquoten für ausschließliches und volles Stillen sowie die durchschnittliche Stilldauer sind in

		Jahrgänge 2001/2002	Jahrgänge 2003/2004	Jahrgänge 2005/2006	Jahrgänge 2007/2008
	n	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)	% (95 %-KI)
Ausschließliches Stillen					
Jemals	3.281	63,4 (58,6–68,0)	63,1 (58,7–67,3)	68,0 (63,2–72,4)	66,4 (62,0–70,5)
2 Monate	2.911	55,5 (50,6–60,2)	56,4 (51,9–60,8)	61,5 (56,7–66,1)	58,9 (54,8–62,9)
4 Monate	1.817	33,2 (29,4–37,2)	31,5 (28,0–35,2)	39,1 (34,9–43,4)	38,4 (34,5–42,5)
6 Monate	590	10,2 (8,1–12,9)	9,2 (7,2–11,7)	12,4 (10,2–15,1)	11,9 (9,8–14,5)
Länger	202	4,1 (2,6–6,5)	3,8 (2,6–5,6)	3,7 (2,5–5,5)	4,4 (3,1–6,2)
Volles Stillen					
Jemals	3.747	70,4 (65,8–74,6)	70,7 (66,1–74,9)	71,8 (67,1–76,0)	72,0 (67,6–76,1)
2 Monate	3.493	65,9 (61,3–70,5)	66,7 (62,1–70,9)	68,1 (63,3–72,6)	64,6 (60,4–68,5)
4 Monate	2.552	44,5 (40,5–48,5)	47,3 (42,8–51,9)	49,2 (44,8–53,6)	48,9 (44,8–53,0)
6 Monate	1.026	20,5 (17,2–24,2)	17,3 (14,5–20,5)	20,3 (17,3–23,6)	18,5 (15,7–21,6)
Länger	426	9,2 (7,0–11,9)	8,0 (6,2–10,4)	8,7 (6,6–11,2)	8,0 (6,1–10,4)
Jegliches Stillen					
Jemals	4.324	77,0 (72,6–81,0)	80,3 (76,1–84,0)	81,5 (77,3–85,1)	82,5 (78,6–85,8)
2 Monate	4.092	74,0 (69,5–78,1)	73,5 (68,9–77,6)	75,1 (70,5–79,2)	77,3 (73,2–80,9)
4 Monate	3.429	58,6 (54,2–62,9)	59,6 (55,2–63,9)	62,2 (57,5–66,7)	65,6 (61,3–69,6)
6 Monate	2.909	49,2 (45,0–53,3)	49,3 (44,9–53,7)	53,3 (48,7–58,0)	54,4 (50,0–58,7)
12 Monate	979	17,2 (14,4–20,4)	14,9 (12,3–17,9)	17,9 (15,0–21,3)	21,7 (18,4–25,4)
Länger	589	11,8 (9,4–14,8)	7,8 (6,3–9,7)	11,0 (8,7–13,8)	12,4 (10,2–14,9)

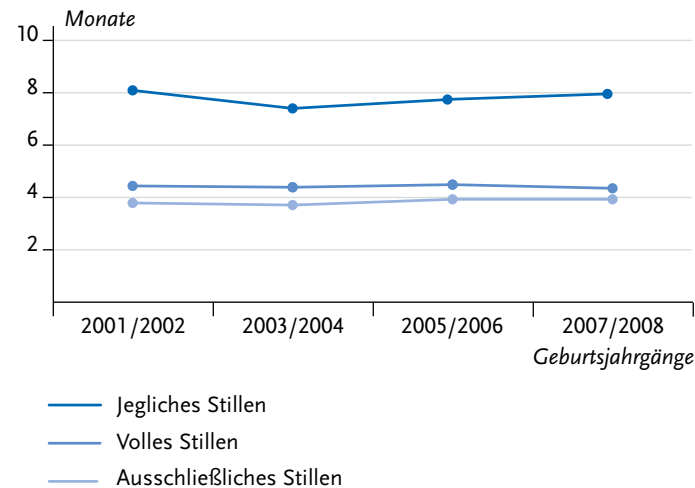
KI: Konfidenzintervall

Tabelle 1

Prävalenzen zum Stillen: Ausschließliches, volles und jegliches Stillen nach Geburtsjahrgängen

Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 1 (2009–2012)

Abbildung 2
Durchschnittliche Stilldauer für ausschließliches, volles und jegliches Stillen nach Geburtsjahrgängen (bezogen auf alle Kinder, die jemals gestillt wurden, n=4.324)
 Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle1 (2009–2012)



Beim ausschließlichen und vollen Stillen fallen die Stillquoten zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat deutlich ab.

den untersuchten Jahrgängen 2001–2008 nahezu konstant geblieben ([Abbildung 2](#)).

Mit Blick auf die Einflussfaktoren auf das Stillen zeigt sich, dass beim ausschließlichen Stillen Kinder von Müttern mit einfacher Bildung signifikant kürzer gestillt wurden als Kinder von Müttern mit mittlerer oder höherer Bildung ([Tabelle 2](#)). Zudem wurden Kinder von Müttern, die in der Schwangerschaft rauchten, sowie Frühgeborene signifikant kürzer ausschließlich gestillt. Für das Alter der Mutter zeigt sich eine positive Korrelation mit der Stilldauer in allen Jahrgängen: Die Dauer des ausschließlichen Stillens steigt mit dem Alter der Mutter. Hinsichtlich des Wohnorts (Region Ost oder Region West) zeigen sich keine Unterschiede.

4. Diskussion

Vergleicht man die Ergebnisse aus KiGGS mit anderen Studien, so zeigt sich, dass die Quoten für jegliches Stillen auf Basis der KiGGS-Daten teilweise unter den Quoten liegen, die aus einzelnen regionalen Studien berichtet werden [17]. Sie zeigen aber Übereinstimmung mit der bundesweiten Onlinebefragung von Libuda et al. (2014), nach der in den Geburtsjahrgängen 2007–2010 gut 78 Prozent der Kinder jemals gestillt wurden [18]. Zu erklären sind die Differenzen zu den regionalen Studien durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen (zum Beispiel prospektives Studiendesign, Ausschluss von Frühgeborenen); zudem können bei retrospektiven Studien Erinnerungslücken zum Zeitpunkt der Zufütterung auftreten beziehungsweise sehr kurz dauerndes Stillen kann retrospektiv anders bewertet werden. Daher ist ein direkter Vergleich nur mit Einschränkungen möglich.

Die Quoten für volles Stillen im Alter von zwei Monaten der Jahrgänge 2007/2008 (64,6 %) liegen relativ nah an den Ergebnissen von Jöllenbeck et al. (2012) für die Jahrgänge 2008/2009 (65 %). Diese Angaben stammen allerdings aus einer regional begrenzten Studie [19]. Auch in den Ergebnissen für vier Monate volles Stillen bei den Jahrgängen 2007/2008 (48,9 % bzw. 50 %) stimmen beide Studien gut überein.

Der relativ geringe Abfall der Stillquoten der KiGGS-Studie zwischen der Geburt und dem zweiten Lebensmonat zeigt sich in anderen (prospektiven) Studien nicht so deutlich. Nach diesen Studien ist trotz initial hoher Stillquoten der stärkste Abfall der (Voll-)Stillquoten innerhalb der ersten zwei Monate zu verzeichnen [17].

Tabelle 2
Dauer des ausschließlichen Stillens
nach Subgruppen

Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006),
 KiGGS Welle 1 (2009–2012)

	Jahrgänge 2001/2002	Jahrgänge 2003/2004	Jahrgänge 2005/2006	Jahrgänge 2007/2008
	n	MW in Monaten (95 %-KI)	MW in Monaten (95 %-KI)	MW in Monaten (95 %-KI)
Alter der Mutter				
≤ 24 Jahre	531	3,47 (2,61–4,32)	2,81 (2,38–3,25)	3,61 (2,94–4,27)
25–29 Jahre	1.409	3,53 (3,13–3,94)	3,48 (3,13–3,83)	3,74 (3,36–4,12)
30–34 Jahre	1.855	3,85 (3,59–4,10)	4,20 (3,88–4,51)	3,97 (3,63–4,31)
≥ 35 Jahre	1.300	4,27 (3,95–4,59)	3,95 (3,66–4,23)	4,24 (3,94–4,55)
Bildungsstatus der Mutter				
Einfach	476	3,40 (2,72–4,08)	3,27 (2,70–3,83)	3,61 (3,16–4,06)
Mittel	3.362	3,73 (3,51–3,94)	3,76 (3,58–3,95)	3,94 (3,68–4,19)
Höher	1.254	4,44 (4,13–4,75)	4,11 (3,76–4,45)	4,33 (4,08–4,58)
Anzahl der Geschwister				
0	2.169	3,90 (3,55–4,25)	3,63 (3,34–3,93)	3,99 (3,72–4,25)
1	1.850	3,43 (3,15–3,72)	3,86 (3,61–4,12)	3,94 (3,60–4,28)
2 und mehr	861	4,28 (3,93–4,64)	3,70 (3,11–4,29)	3,98 (3,61–4,35)
Zwilling/Mehrling	182	4,03 (2,80–5,26)	3,83 (3,02–4,64)	3,10 (1,90–4,30)
Rauchen in der Schwangerschaft				
Ja	470	3,57 (2,88–4,27)	2,96 (2,19–3,73)	3,39 (2,52–4,26)
Nein	4.604	3,83 (3,58–4,04)	3,78 (3,58–3,97)	3,99 (3,78–4,19)
Reifestatus				
Frühgeborenes	408	4,01 (3,46–4,57)	3,60 (3,01–4,18)	3,17 (2,44–3,90)
Reif oder sicher übertragen	4.658	3,78 (3,57–3,99)	3,75 (3,56–3,95)	3,99 (3,79–4,19)
Region				
West	3.395	3,91 (3,69–4,14)	3,82 (3,62–4,02)	3,98 (3,78–4,23)
Ost (inkl. Berlin)	1.700	3,35 (3,00–3,70)	3,41 (2,97–3,84)	3,68 (3,44–3,92)

MW: Mittelwert; KI: Konfidenzintervall

Für jegliches Stillen zeigt sich ein eher kontinuierlicher Rückgang der Stillquoten mit einem deutlichen Sinken nach dem sechsten Lebensmonat.

Dies mag aber damit zusammenhängen, dass in prospektiven Studien auch Stillen von nur wenigen Tagen nach der Geburt erfasst wird, und es bereits in der ersten Woche nach Geburt einen Abfall von etwa 10 Prozentpunkten geben kann [19]. Möglicherweise werden bei retrospektiven Studien solche kurzen Stillepisoden nicht erinnert oder nicht genannt. Allgemein können in

retrospektiven Studien Erinnerungsfehler nicht ausgeschlossen werden. In Studien zur Erinnerungsfähigkeit in Bezug auf das Stillen wurde zwar gezeigt, dass die Fragen zum jeglichen Stillen und zur Stilldauer valide beantwortet wurden [20, 21], jedoch kann der genaue Zeitpunkt der Zufütterung mit Erinnerungsfehlern verbunden sein [20].

Infobox: Stillempfehlungen

Empfehlung der WHO

„Als weltweite Gesundheitsempfehlung sollten Säuglinge während der ersten sechs Lebensmonate ausschließlich gestillt werden, um optimales Wachstum, Entwicklung und Gesundheit zu erlangen.“ [4]

Empfehlung der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung

„Muttermilch ist die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge. Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die ausreichende Ernährung. Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Beikost sollte in der Regel nicht später als zu Beginn des 7. Lebensmonats und keinesfalls vor dem Beginn des 5. Monats gegeben werden. Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten. Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird.“ [28]

Ein Einfluss äußerer Faktoren auf das Stillen, wie zum Beispiel die Gesetzgebung zur Elternzeit und zum Bundeselterngeld, ist in der vorliegenden Auswertung der KiGGS-Daten nicht erkennbar. Hier wird es von Interesse sein, ob im Sinne einer Verhältnisprävention höhere Stillquoten in den Folgejahren zu beobachten sind, auch wenn keine Kausalität aus den Daten abzuleiten ist.

Dass Kinder von Müttern mit einfacher Bildung kürzer ausschließlich gestillt werden als Kinder von Müttern mit mittlerer oder höherer Bildung, zeigen auch verschiedene nationale und internationale Studien [22–24]; gleiches gilt für das Rauchen in der Schwangerschaft sowie für die Frühgeburtlichkeit [25]. Auch die positive Korrelation des mütterlichen Alters mit der Dauer des ausschließlichen Stillens ist aus anderen Studien bekannt [26, 27].

5. Schlussfolgerungen zum Stillmonitoring

Die KiGGS-Studie hat das Ziel, langfristig die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu beobachten und repräsentative Aussagen für Deutschland zu ermöglichen. Dabei ist Stillen ein Teilaspekt, Angaben zu stillfördernden oder stillhemmenden Einflussfaktoren können aufgrund des Gesamtumfangs der Studie nicht im Detail erhoben werden. Die Daten aus KiGGS sind geeignet, retrospektiv für Geburtsjahrgänge, zu denen ein abschließendes Ergebnis zum Stillstatus der einbezogenen Kinder vorliegt, Indikatoren zum ausschließlichen, vollen und jeglichen Stillen zu bilden. Aufgrund der Periodizität der KiGGS-Wellen (etwa alle fünf Jahre) können

aber keine regelmäßigen Aussagen zum Stillverhalten aktueller Geburtsjahrgänge getroffen werden. Für ein Stillmonitoring wird jedoch eine hohe Aktualität der erhobenen Daten erwartet. Nur so können Interventionen planbar und zeitnah im Umfeld relativ gleichbleibender Umfeldfaktoren evaluiert werden.

Daher sollten deutschlandweite Erhebungen von Stilldaten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen von Kindern sowie regelmäßige prospektive Untersuchungen zu unmittelbaren Umfeld- und Einflussfaktoren auf das Stillen weitere Instrumente sein, um ein umfassendes und aktuelles Gesamtbild zum Stillen und seinen Rahmenbedingungen zu erhalten. Dieses Gesamtbild könnte – wie im Konzept der Nationalen Stillkommission für ein integratives Stillmonitoring vorgesehen [5] – die Basis zur Planung und Überprüfung der Wirksamkeit von gezielten Interventionen zur Erhöhung der Stillquoten in Deutschland darstellen.

Literatur

1. Horta B, Victora C (2013) Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. World Health Organization (WHO), Geneva
2. Horta B, Victora C (2013) Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. World Health Organization (WHO), Geneva
3. World Health Organization (WHO) (2003) Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva
4. Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung (2004) EU Projekt zur Förderung des Stillens in Europa. Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan. Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Luxemburg

5. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) (2009) Still-Monitoring in Deutschland. Konzept der Nationalen Stillkommission www.bfr.bund.de/cm/343/still_monitoring_in_deutschland_konzept.pdf (Stand: 12.10.2016)
6. Lange C, Schenk L, Bergmann R (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50:624-633
7. von der Lippe E, Bretschneider AK, Gutsche J et al. (2014) Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):849-859
8. Lange M, Butschalowsky HG, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 57(7):747-761
9. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(5):547-556
10. Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: design of the German KiGGS-Study. BMC Public Health 8:196
11. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Stillverhalten. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. RKI, Berlin
12. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2007) Einheitliche Terminologie zur Säuglingsernährung. Aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission von 1999 www.bfr.bund.de/cm/343/einheitliche_terminologie_zur_saeuglingsernaehrung.pdf (Stand: 12.10.2016)
13. World Health Organization (WHO) (1991) Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Report of an informal meeting, 11–12 June 1991. WHO, Geneva
14. Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz – BEEG) vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748) (2015) Neugefasst durch Bek. v. 27.01.2015/33
15. König W, Lüttinger P, Müller W (1988) A comparative analysis of the development and structure of educational systems. Methodological foundations and the construction of a comparative educational scale. CASMIN-Working Paper No. 12. Institut für Sozialwissenschaften, Mannheim
16. Lechert Y, Schroedter J, Lüttinger P (2006) Die Umsetzung der Bildungsklassifikation CASMIN für die Volkszählung 1970, die Mikrozensus-Zusatzerhebung 1971 und die Mikrozensus 1976–2004. ZUMA-Methodenbericht 2006/2012. ZUMA, Mannheim
17. Weissenborn A, Abou-Dakn M, Bergmann R et al. (2015) Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0035-1555946
18. Libuda L, Stimming M, Mesch C et al. (2014) Frequencies and demographic determinants of breastfeeding and DHA supplementation in a nationwide sample of mothers in Germany. Eur J Nutr 53(6):1335-1344
19. Jöllenbeck M (2012) Identifikation wirksamer Interventionsmaßnahmen zur Stillförderung. Eine differenzierende Betrachtung unter Berücksichtigung des sozioökonomischen Status. <http://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00102733-1.pdf> (Stand: 12.10.2016)
20. Li R, Scanlon KS, Serdula MK (2005) The validity and reliability of maternal recall of breastfeeding practice. Nutr Rev 63(4):103-110
21. Natland ST, Andersen LF, Nilsen TI et al. (2012) Maternal recall of breastfeeding duration twenty years after delivery. BMC Med Res Methodol 12:179
22. Callen J, Pinelli J (2004) Incidence and Duration of Breastfeeding for Term Infants in Canada, United States, Europe and Australia: A Literature Review. Birth 31:285-292
23. Kersting M, Dulon M (2002) Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother–infant pairs in Germany: the SuSe Study. Public Health Nutr 5(04):547-552
24. Mandal B, Roe BE, Fein SB (2010) The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. Health Policy 97:79-86
25. Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U et al. (2009) Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft – Ergebnisse aus der Studie „Stillverhalten in Bayern“. Gesundheitswesen 71(7):391-398

26. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U (2005) Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 116(5):e702-708

27. Li R, Darling N, Maurice E et al. (2005) Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 115(1):e31-37

28. Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (2004) Stilldauer. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 1. März 2004.
www.bfr.bund.de/cm/343/stilldauer.pdf (Stand: 12.10.2016)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Institutionen der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Bundesinstitut für Risikobewertung, Abteilung Lebensmittelsicherheit, Berlin

Korrespondenzadresse

Dr. Anna-Kristin Brettschneider

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

E-Mail: BrettschneiderA@rki.de

Interessenkonflikt

Die korrespondierende Autorin gibt für sich und die Koautorinnen und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Redaktion

Dr. Franziska Prütz, Martina Rabenberg,
Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,
Stefanie Seeling, Martin Thißen,

Dr. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring

General-Pape-Str. 62–66

12101 Berlin

Tel.: 030-18 754-3400

E-Mail: healthmonitoring@rki.de

www.rki.de/journalhealthmonitoring

Zitierweise

Brettschneider AK, Weikert C, Abraham K et al. (2016)

Stillmonitoring in Deutschland – Welchen Beitrag
können die KiGGS-Daten leisten?

Journal of Health Monitoring 1(2):16–25

DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-038



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit