

3.5 Stillverhalten der Mütter

Im Überblick

- ▶ Stillen senkt die Säuglingssterblichkeit und das Erkrankungsrisiko des Kindes; zudem leiden stillende Mütter in späteren Jahren seltener an Brust- und Eierstockkrebs.
- ▶ Nur rund ein Viertel der Kinder in Deutschland werden den Empfehlungen der Nationalen Stillkommission entsprechend sechs Monate lang ausschließlich oder überwiegend gestillt.
- ▶ Während die allermeisten Mütter ihr Baby in den ersten Lebenstagen stillen, sinkt die Stillquote in den darauf folgenden Wochen deutlich ab.
- ▶ Insbesondere Raucherinnen, Frauen aus benachteiligten sozialen Statusgruppen, Mütter von Frühgeborenen sowie Mütter unter 30 Jahren stillen zu selten oder zu kurz und bedürfen besonderer Aufklärung.
- ▶ Um Stillfertigkeiten zu erlernen und eine positive Einstellung zum Stillen zu gewinnen, müssen Erstgebärende durch Geburtskliniken, Hebammen und niedergelassene Ärzte verstärkt unterstützt werden; hierzu ist eine bessere Vernetzung der verschiedenen Versorgungsstrukturen notwendig.
- ▶ Die Förderung der Stillbereitschaft sollte bereits in der Schwangerschaft beginnen.

3.5.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

Obwohl Muttermilch die natürlichste und beste Ernährungsform für nahezu alle Säuglinge ist, werden immer noch zu wenige Säuglinge gestillt. Stillen stärkt die Beziehung zwischen Mutter und Kind und vermittelt ihm Geborgenheit und Nähe. Gleichzeitig birgt das Stillen vielfältige gesundheitliche Vorteile. Diese liegen für die Kinder in einer Verringerung von Infektionskrankheiten und einer Senkung der Säuglingssterblichkeit, z. B. einem selteneren Auftreten des plötzlichen Säuglingstods. Für die Mütter ist Stillen vorteilhaft, weil es die Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt beschleunigt, die Gewichtsabnahme erleichtert und das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs verringert.

Daher setzt sich die Nationale Stillkommission – entsprechend der Erklärung von WHO und UNICEF [1] – dafür ein, förderliche Bedingungen für das Stillen zu schaffen. Generell sollten Säuglinge sechs Monate lang ausschließlich gestillt werden.

Zur Information von Müttern, aber auch von Ärztinnen und Ärzten sowie in der Stillberatung und -betreuung tätigen Berufsgruppen hat die Nationale Stillkommission zusammen mit der Deutschen Liga für das Kind das Internetportal www.stillen-info.de eingerichtet. Umfassende Informationsmaterialien zum Stillen und zur richtigen Einführung von Beikost stellen auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Forschungsinstitut für Kinderernährung und der aid-Infodienst zur Verfügung. In der Strategie der Bundesregierung zur Kindergesundheit ist die Förderung des Stillens in den ersten Lebensmonaten als Handlungsfeld für den Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung festgehalten [2]. Die Bundesregierung berücksichtigt das Stillen und die Ernährung des Kleinkindes ferner im Nationalen Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung [3].

Basierend auf der von WHO und UNICEF gemeinsam entwickelten globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern [4] wurde als Ergebnis des EU-Projekts »Förderung des Stillens in Europa« ein Aktionsplan zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens entwickelt [5], der als Modell für nationale Aktionspläne dienen soll. Die Nationale Stillkommission hat auf der Grundlage des EU-Aktionsplans für Deutschland Schwerpunkte für die künftige Arbeit definiert. Zu diesen gehören die Einrichtung eines nationalen Stillmonitorings, ferner eine stärkere Ausrichtung der Stillförderung auf die Bedürfnisse von sozial Benachteiligten und Migrantinnen sowie eine stärkere Berücksichtigung des Stillens als Thema in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonal.

In dem Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010 [6] wird zwar festgestellt, dass die Bundesregierung eine signifikante Erhöhung der Stillraten anstrebt und die Empfehlungen der Nationalen Stillkommission unterstützt; bei der konkreten Umsetzung der Maßnahmen besteht jedoch nach wie vor Verbesserungsbedarf.

3.5.2 Definition und Häufigkeit

Nach den Definitionen der WHO wird von ausschließlichem Stillen gesprochen, wenn Säuglinge lediglich Muttermilch, aber keine anderen Flüssigkeiten oder Beikost bekommen. Als überwiegend gestillt gelten Kinder, die zusätzlich Wasser oder wasserhaltige Getränke (z. B. ungesüßte Tees oder Fruchtsäfte) erhalten. Das ausschließliche und über-

wiegende Stillen werden unter dem Begriff des vollen Stillens zusammengefasst. Aus KiGGS liegen sowohl Angaben zum Anteil der voll gestillten Kinder vor als auch Informationen darüber, ob überhaupt (ggf. unter Zufütterung anderer Nahrung) und wie lange gestillt wurde.

Laut KiGGS wurden insgesamt 76,7% der von 1986 bis 2005 geborenen Kinder und Jugendlichen als Säuglinge gestillt. Hierin eingeschlossen sind Kinder, die neben der Muttermilch andere Flüssigkeiten und Nahrung erhalten haben. Früheren Studien aus Deutschland zufolge beträgt der Anteil direkt nach der Geburt rund 90%, sinkt aber bereits bei Entlassung aus der Klinik ab [7, 8]. Da die KiGGS-Erhebung nicht sofort nach Geburt des Kindes, sondern nachträglich, also teilweise Jahre später erfolgte, ist zu vermuten, dass nur wenige Tage dauerndes Stillen bzw. anfängliche Stillversuche nicht erinnert oder nicht als Stillen interpretiert und daher auch nicht angegeben wurden.

Die durchschnittliche Stilldauer liegt nach den KiGGS-Daten insgesamt bei 6,9 Monaten. Kinder, die zusätzlich zur Muttermilch andere Nahrung bekommen haben, wurden hierbei mitgerechnet. Betrachtet man indes nur die voll gestillten Kinder, so zeigt sich, dass lediglich 37,4% von ihnen entsprechend den geltenden Empfehlungen mindestens sechs Monate lang eine ausschließliche oder überwiegende Brustfütterung erhielten. Bezogen auf alle an KiGGS teilnehmenden Kinder und Jugendlichen entspricht dies einer Quote von 22,4%. Über die Geburtsjahrgänge hinweg ist zu beobachten, dass sich der Anteil der sechs Monate oder länger voll gestillten Kinder in den 1990er-Jahren erhöhte, um ab dem Jahr 2000 zu stagnieren (Abbildung 3.5.2.1). Der relativ niedrige Anteil der voll gestillten Kinder im Jahr 1988 könnte durch die Reaktorkatastrophe in Tschernobyl und die dadurch hervorgerufenen Sorgen hinsichtlich einer radioaktiven Belastung der Muttermilch

zu erklären sein. Das Geschlecht des Kindes hat weder einen Einfluss auf das sechsmonatige volle Stillen, noch darauf, ob überhaupt bzw. wie lange gestillt wurde.

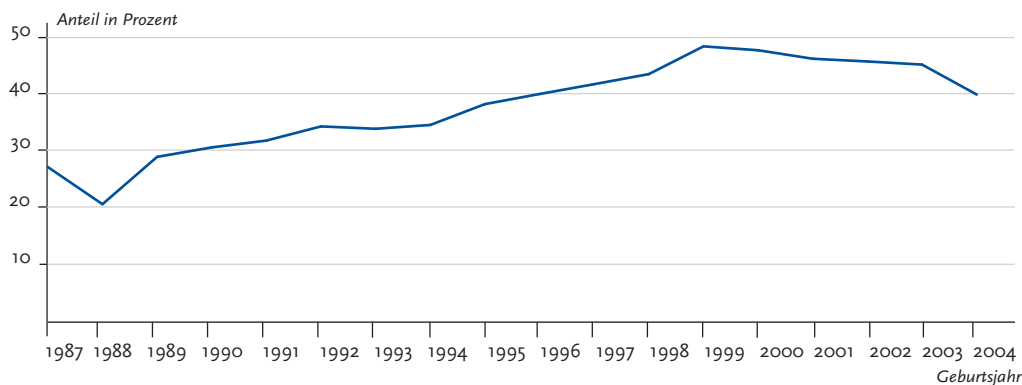
3.5.3 Ausgewählte Einflüsse: protektive und Risikofaktoren

Die Angaben der in KiGGS befragten Eltern, ob und wie lange ihr Kind gestillt wurde, beziehen sich in vielen Fällen auf eine länger zurückliegende Lebensphase. Dies bedeutet, dass die aktuelle Situation der Familie sich nur bedingt mit dem früheren Stillverhalten in Verbindung bringen lässt. Im Folgenden wird daher vor allem der Zusammenhang mit denjenigen Merkmalen analysiert, die über längere Zeiträume vergleichsweise konstant bleiben (Sozialstatus) bzw. sich nicht mehr verändern (Alter der Mutter bei Geburt, Entwicklungsreife des Neugeborenen, Rauchverhalten in der Schwangerschaft).

Als besonders bedeutsam dafür, ob überhaupt (ggf. unter Zufütterung weiterer Nahrungsmittel) gestillt wurde, erweisen sich der soziale Status sowie das Rauchverhalten der Mutter während der Schwangerschaft. So gaben mehr als 90% der Frauen mit hohem Sozialstatus bei der KiGGS-Erhebung an, ihr Kind jemals gestillt zu haben. Der entsprechende Anteil unter Müttern mit niedrigem Sozialstatus liegt bei ca. 67% (Tabelle 3.5.3.1). Der Unterschied könnte möglicherweise durch mangelndes Wissen über Säuglingsernährung in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen bedingt sein [8] oder durch einen Lebensstil, der mit dem Stillen schwer vereinbar ist. Frauen, die in der Schwangerschaft geraucht hatten, stillten mit 58% deutlich seltener als Nichtraucherinnen (ca. 81%). Der Wunsch, wieder zu rauchen, ist als Stillhindernis bekannt [8].

Darüber hinaus wird deutlich, dass Frühgeborene deutlich seltener gestillt wurden als reife Kin-

Abbildung 3.5.2.1
Anteil der mindestens sechs Monate lang voll gestillten Kinder an den jemals voll Gestillten nach Geburtsjahrgang



der. Auch durch medizinische Probleme nach der Geburt verringert sich die Stillquote. 30- bis 39-jährige Mütter stillen etwas häufiger als jüngere oder ältere Mütter.

Während die Kinder in den neuen Ländern zu etwa 82 % gestillt werden, sind es in den alten Ländern etwa 76 %. Migrantenkinder gehören häufiger zu den Gestillten als Kinder ohne Migrationshintergrund [10]. Hinsichtlich der Geschwisterreihenfolge zeigen sich keine Unterschiede. Diese Befunde bestätigen sich auch dann, wenn alle genannten Merkmale gleichzeitig in die statistische Analyse einbezogen werden (logistische Regression) [11].

Tabelle 3.5.3.1
Kind jemals gestillt: Häufigkeit nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen

	Stillhäufigkeit
Gesamt	76,7 %
Sozialstatus der Mutter	
Niedrig	67,3 %
Mittel	80,0 %
Hoch	90,5 %
Region	
Ost	81,6 %
West	75,7 %
Migrationshintergrund	
Ja	79,1 %
Nein	76,1 %
Probleme nach der Geburt	
Ja	72,5 %
Nein	78,0 %
Reifestatus nach Geburt	
Frühgeborenes	64,8 %
Reifes Kind	78,7 %
Sicher übertragen	77,3 %
Alter der Mutter bei Geburt	
Bis einschließlich 19 Jahre	69,0 %
20–29 Jahre	75,1 %
30–39 Jahre	80,0 %
40 Jahre und älter	69,6 %
Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft	
Nein	80,9 %
Ja	58,0 %

Hinsichtlich der Dauer des Stillens lässt sich feststellen, dass unter den befragten Müttern jene mit hohem Sozialstatus am längsten stillten (8,5 Monate). Am kürzesten war die Stilldauer mit 5,4 Monaten bei Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht hatten. Während Kinder aus den neuen Ländern

häufiger als Kinder aus den alten Ländern gestillt wurden, zeigt sich für die Stilldauer ein entgegengesetztes Bild: Nach vier Monaten wurden noch 64 % der Kinder aus den alten und 53 % der Kinder aus den neuen Ländern gestillt; nach sechs Monaten waren es noch 43 % der Kinder aus den alten und 34 % der Kinder aus den neuen Ländern. Diese Anteile beziehen sich auf die Gesamtzahl der Kinder, von denen Angaben zur Stilldauer vorliegen. Kinder, die neben der Muttermilch weitere Nahrung erhalten haben, wurden hier mitgerechnet.

Auch was das volle Stillen betrifft, lassen sich Zusammenhänge mit soziodemografischen und anderen Faktoren erkennen. Von den Kindern, zu denen Angaben zum vollen Stillen vorliegen, wurden in Familien mit niedrigem Sozialstatus 31,4 % mindestens sechs Monate lang ausschließlich oder überwiegend gestillt. In der hohen Statusgruppe liegt der Wert dagegen bei 48,3 % (Tabelle 3.5.3.2). Ähnlich groß ist die Differenz zwischen Frauen, die in der Schwangerschaft geraucht haben, und Nichtraucherinnen (24,4 % versus 39,3 %). Junge Mütter stillen seltener sechs Monate lang voll als ältere Mütter. Unterschiede zeigen sich auch zwischen den alten und neuen Ländern. So gehören Kinder aus den neuen Bundesländern zwar häufiger zu den jemals Gestillten, sie werden jedoch seltener sechs Monate voll gestillt.

Bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller Merkmale (logistische Regression) bestätigen sich diese Ergebnisse. Zudem erweist sich, dass Frühgeborene

Tabelle 3.5.3.2
Volles Stillen für mindestens sechs Monate: Häufigkeit nach soziodemografischen und weiteren Merkmalen

	Volles Stillen mindestens sechs Monate lang
Gesamt	37,4 %
Sozialstatus der Mutter	
Niedrig	31,4 %
Mittel	37,0 %
Hoch	48,3 %
Region	
Ost	29,2 %
West	39,1 %
Alter der Mutter bei Geburt	
Bis einschließlich 19 Jahre	22,3 %
20–29 Jahre	29,7 %
30–39 Jahre	46,8 %
40 Jahre und älter	52,7 %
Rauchen in der Schwangerschaft	
Ja	24,4 %
Nein	39,3 %

häufiger mindestens sechs Monate lang voll gestillt werden als reife Kinder. Nachgeburtliche Probleme sowie der Migrationshintergrund zeigen diesbezüglich keinen Zusammenhang. Ähnliche Ergebnisse hinsichtlich des Sozialstatus, des Unterschieds zwischen den alten und neuen Ländern sowie des Alters der Mutter weisen auch andere Analysen auf [7, 9].

3.5.4 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Drei Viertel der Mütter in Deutschland beginnen laut KiGGS nach der Geburt ihres Kindes mit dem Stillen. Jedoch setzt nur rund ein Drittel von ihnen die ausschließliche oder überwiegende Brustfütterung mindestens sechs Monate lang fort. Damit liegen die Stillhäufigkeit und insbesondere die Stilldauer – trotz der Renaissance des Stillens seit den 1970er-Jahren – deutlich unter den Empfehlungen von WHO und UNICEF. Bezüglich der Stilldauer ist seit dem Jahr 2000 sogar wieder ein Abwärtstrend zu beobachten.

Mütter mit niedriger sozialer Stellung und Frauen, die während der Schwangerschaft geraucht haben, stillen sowohl seltener als auch kürzer als der Schnitt. Zudem stillen sie seltener sechs Monate lang ausschließlich oder überwiegend. Wie die KiGGS-Ergebnisse zudem zeigen, wird bei Frühgeborenen und Kindern mit nachgeburtlichen Problemen weniger häufig mit dem Stillen begonnen.

Kinder in den neuen Ländern werden zwar öfter, dafür aber kürzer gestillt als Kinder in den alten Ländern. Außerdem wird in den neuen Ländern seltener sechs Monate lang ausschließlich oder überwiegend gestillt. Möglicherweise ist in den neuen Ländern der Wunsch stärker ausgeprägt, schnell nach der Geburt wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen zu können. Auch Kinder von Müttern unter 30 Jahren bekommen vergleichsweise selten die ausschließliche oder überwiegende Brustfütterung über einen Zeitraum von sechs Monaten.

Diese Befunde belegen die Notwendigkeit, die Bedeutung des Stillens gesamtgesellschaftlich noch stärker zu verankern. Geeignet hierzu ist eine Mehr-Ebenen-Kampagne in Anlehnung an den Aktionsplan der EU [5]. Gerade sozial benachteiligte Familien sollten dabei angesprochen werden. Da das Stillen bei Eltern mit hohem Sozialstatus in den vergangenen zwei Jahrzehnten wieder ein deutlich positiveres Image gewonnen hat, erscheint es durchaus möglich, auch in der unteren Statusgruppe eine steigende Stillbereitschaft zu erreichen (»Diffusion of innovation«).

Um junge Familien, sozial Benachteiligte und Familien mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, werden im Nationalen Aktionsplan IN FORM im Rahmen des Modellvorhabens »Besser essen.

Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen« unter anderem neue Wege der Stillförderung erprobt. Dieses vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz initiierte Vorhaben setzt lokale, niedrigschwellige Angebote ein und testet neue Zugangswege zu diesen Personengruppen. Alle Projekte werden umfangreich evaluiert, um erfolgreiche Maßnahmen zu identifizieren, die nach Abschluss der Projektförderung in die Fläche getragen werden sollen. Dabei sollen mit Stillförderung befassende Nichtregierungs-Organisationen (NGOs), Krankenkassen sowie Einrichtungen der Länder und Kommunen einbezogen werden.

Die Stillförderung sollte schon vor der Geburt des Kindes beginnen. Studien haben gezeigt, dass die Intention zum Stillen bereits in der Schwangerschaft reif und einen entscheidenden Einfluss auf das tatsächliche Stillverhalten nach der Geburt besitzt [12]. Daher ist es notwendig schwangere Frauen und ihre Bezugspersonen verstärkt über die Vorteile des Stillens zu informieren. Ratsam dabei ist, insbesondere die Väter in die Stillförderung einzubeziehen (z. B. bei Geburtsvorbereitungskursen für Paare), da ihre Einstellung das Stillverhalten ihrer Partnerinnen wesentlich beeinflusst.

Angesichts der besonders niedrigen Stillquoten unter Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen, sollte die Förderung des Gesundheitsbewusstseins (inkl. Raucherentwöhnung) im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge und -nachbetreuung ein noch größeres Gewicht erhalten. Die BZgA hat hierzu umfangreiches und evaluiertes Informationsmaterial entwickelt, z. B. Praxis-Leitfäden für Frauen- und Kinderärztinnen und -ärzte zur Begleitung von Schwangeren und Eltern bei der Tabakentwöhnung.

Da fast 99% der Kinder im Krankenhaus geboren werden [13, 14], haben die Kliniken einen großen Einfluss darauf, ob erfolgreich mit dem Stillen begonnen wird. Empfehlenswert ist die flächendeckende Umsetzung der Empfehlungen der deutschen Stillkommission zur Stillförderung in Krankenhäusern.

In den ersten Tagen und Wochen nach der Geburt benötigen vor allem die Erstgebärenden besondere Unterstützung. Sie müssen Stillfertigkeiten erst erlernen und eine positive Einstellung zum Stillen gewinnen. Bekannt ist, dass die allermeisten Frauen ihr Baby nach der Entbindung zu stillen versuchen. Allerdings sinkt die Stillquote infolge von Stillproblemen bereits nach Entlassung aus der Klinik deutlich ab [7, 8]. Gerade in dieser Phase bedarf es daher einer stärkeren Stillförderung.

Eine zentrale Rolle spielt hierbei die ambulante Betreuung durch Hebammen, die allen gesetzlich versicherten Frauen in den ersten 8 Wochen und bei Problemen bis zum Ende der Stillzeit angeboten wird. Die Hebammen sollten durch vorausschauende Begleitung der Mütter häufigen Stillproblemen (z. B.

Entzündungen der Brust, mangelnde Milchbildung, Milchstau) möglichst zuvorkommen, was jüngeren Studienergebnissen zufolge bisher nur teilweise umgesetzt wird [8]. Erforderlich ist zudem die weitere Vernetzung der stationären Geburtshilfe mit der nachgeburtlichen Versorgung durch Hebammen und niedergelassene Ärzte.

Stillprobleme treten insbesondere bei Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status auf. Wie aktuelle Pilotstudien zeigen, kann hier die Unterstützung durch so genannte Stillpaten aus dem Kreis der Familie, Freunde oder Bekannten nützlich sein [14]. Auch Projekte der aufsuchenden Hebammenhilfe, wie sie in einigen Bundesländern bereits eingeführt sind, haben sich als hilfreich erwiesen. Schwangere in schwieri-

gen Lebenssituationen werden dabei durch verstärkte kommunale Vernetzung frühzeitig identifiziert und erhalten über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus eine psychosoziale Unterstützung durch speziell qualifizierte Hebammen.

Um weitere, möglichst gezielte Maßnahmen zur Stillförderung entwickeln zu können, ist es erforderlich verschiedene offene Forschungsfragen zu klären. So ist bisher beispielsweise zu wenig über die Einstellungen von Vätern gegenüber dem Stillen bekannt. Zu untersuchen wäre auch, wie sich die Vereinbarkeit des Stillens mit einer Erwerbstätigkeit weiter verbessern lässt. Die Zusammenhänge zwischen der Dauer des Stillens und der Entstehung von Allergien und Übergewicht sind noch offene Forschungsfragen.

Literaturverzeichnis

- [1] World Health Organization (WHO), UNICEF (Hrsg) (1990) Innocenti declaration of the protection, promotion and support of breastfeeding www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (Stand: 27.10.2008)
- [2] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 23.10.2008)
- [3] Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Bewegung-Ern_C3_A4hrung/Aktionsplan-Ernaehrung-Bewegung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Aktionsplan-Ernaehrung-Bewegung.pdf (Stand: 01.11.2008)
- [4] World Health Organization (WHO) (Hrsg) (2003) Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva www.paho.org/english/ad/fch/ca/GSIYCF_infantfeeding_eng.pdf (Stand: 27.10.2008)
- [5] 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 ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm (Stand: 27.10.2008)
- [6] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg) (2005) Nationaler Aktionsplan »Für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010«, Kap. II 2.3.2. Gesundheits- und Entwicklungsförderung www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/nap/nationaler-aktionsplan-fuer-ein-kindergerechtes-deutschland-2005-2010.html (Stand: 27.10.2008)
- [7] Kersting M, Dulon M (2002) Assessment of breastfeeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. *Public Health Nutrition* 5: 547–552
- [8] Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U et al. (2006) Stillverhalten in Bayern – Prospektive Kohortenstudie zur Ermittlung der Stilldauer und der Gründe für das Abstillen. *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin*: 102. Jahrestagung, Abstractband 2006, Mainz
- [9] Dulon M, Kersting M, Schach S (2001) Duration of breastfeeding and associated factors in Western and Eastern Germany. *Acta Paediatr* 90: 931–935
- [10] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- [11] Lange C, Schenk L, Bergmann RL (2007) Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 624–633
- [12] Kools E et al. (2006) Niederlande: The motivational determinants of breast-feeding: predictors for the continuation of breast-feeding. *Prev Med* 43 (5): 394–401
- [13] Schwarz CM, Schücking BA (2004) Adieu, normale Geburt? Ergebnisse eines Forschungsprojekts. *Dr. med. Mabuse* 148: 22–25
- [14] Statistisches Bundesamt (destatis) (Hrsg) (2007) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung; Krankenhausstatistik www.gbe-bund.de (Stand: 27.10.2008)
- [15] Seibt AC, Deneke C, Heintze F et al. (2004) Stillfreundlichere Bedingungen für sozial benachteiligte Mütter und Väter. In: Greene R, Halkow A (Hrsg) *Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung*. Marbase, Frankfurt, S 115–124

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln
www.bzga.de

Redaktion

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Angelika Rieck
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung
Dr. Frank Lehmann, MPH
Ostmerheimer Str. 220
51109 Köln

Grafik/Layout

Gisela Winter
Robert Koch-Institut

Druck

Oktoberdruck AG, Berlin

Zitierweise

Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut
ISBN 978-3-89606-109-7