

„Lac maternum“ – Muttermilch und Frauenmilchbanken
Symposium am 14. Mai 2019
Magdeburg

Bedeutung des Stillens bei Adipositas und Diabetes

Anke Redlich

Universitätsfrauenklinik Magdeburg



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.



BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$

| Frauen | Untergewicht | | Normalgewicht | | Übergewicht | | Adipositas | | Übergewicht einschließl. Adipositas* | |
|-----------------------------------|--------------|------------------|---------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|
| | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) | % | (95 %-KI) |
| Frauen (gesamt) | 2,9 | (2,5–3,3) | 50,4 | (49,3–51,6) | 28,8 | (27,8–29,8) | 18,0 | (17,1–18,9) | 46,7 | (45,6–47,9) |
| 18–29 Jahre | 7,5 | (6,2–9,0) | 66,4 | (63,7–68,9) | 16,5 | (14,5–18,7) | 9,7 | (8,3–11,3) | 26,2 | (23,8–28,6) |
| Untere Bildungsgruppe | 10,9 | (7,4–15,8) | 56,7 | (50,6–62,6) | 19,3 | (14,9–24,6) | 13,1 | (9,3–18,1) | 32,4 | (26,9–38,4) |
| Mittlere Bildungsgruppe | 6,5 | (5,2–8,2) | 67,5 | (64,1–70,8) | 16,3 | (13,8–19,3) | 9,6 | (7,9–11,6) | 25,9 | (23,0–29,1) |
| Obere Bildungsgruppe | 5,4 | (3,5–8,3) | 77,3 | (72,6–81,4) | 12,3 | (9,5–15,7) | 5,0 | (3,3–7,5) | 17,3 | (13,9–21,3) |
| 30–44 Jahre | 2,4 | (1,8–3,1) | 56,1 | (53,7–58,5) | 24,2 | (22,2–26,3) | 17,3 | (15,4–19,4) | 41,5 | (39,1–43,9) |
| Untere Bildungsgruppe | 2,1 | (0,8–5,8) | 34,5 | (28,4–41,1) | 31,9 | (25,7–38,8) | 31,5 | (24,7–39,2) | 63,4 | (56,6–69,6) |
| Mittlere Bildungsgruppe | 2,1 | (1,4–3,0) | 55,2 | (52,2–58,2) | 25,3 | (22,8–28,0) | 17,4 | (15,2–19,9) | 42,7 | (39,6–45,8) |
| Obere Bildungsgruppe | 3,0 | (2,0–4,6) | 70,6 | (67,5–73,5) | 17,3 | (15,0–19,9) | 9,1 | (7,2–11,4) | 26,4 | (23,7–29,3) |
| 45–64 Jahre | 1,6 | (1,2–2,0) | 48,3 | (46,6–50,0) | 30,5 | (28,9–32,2) | 19,6 | (18,3–21,1) | 50,1 | (48,4–51,9) |
| Untere Bildungsgruppe | 1,4 | (0,7–2,9) | 43,3 | (39,0–47,8) | 33,1 | (28,9–37,6) | 22,2 | (18,7–26,0) | 55,3 | (50,9–59,5) |
| Mittlere Bildungsgruppe | 1,6 | (1,2–2,1) | 46,9 | (44,8–49,1) | 30,4 | (28,4–32,5) | 21,1 | (19,3–22,9) | 51,5 | (49,3–53,7) |
| Obere Bildungsgruppe | 1,7 | (1,1–2,6) | 57,4 | (54,4–60,2) | 28,3 | (25,8–30,9) | 12,7 | (10,9–14,7) | 41,0 | (38,1–43,9) |
| ≥ 65 Jahre | 2,2 | (1,5–3,1) | 38,9 | (36,6–41,2) | 37,6 | (35,5–39,8) | 21,3 | (19,4–23,3) | 58,9 | (56,5–61,3) |
| Untere Bildungsgruppe | 2,5 | (1,5–4,2) | 37,7 | (34,1–41,5) | 37,6 | (34,1–41,3) | 22,2 | (19,1–25,5) | 59,8 | (55,9–63,6) |
| Mittlere Bildungsgruppe | 2,2 | (1,4–3,5) | 38,2 | (34,9–41,6) | 38,8 | (35,8–41,9) | 20,8 | (18,3–23,5) | 59,6 | (56,0–63,0) |
| Obere Bildungsgruppe | 0,8 | (0,3–2,2) | 46,5 | (41,3–51,8) | 32,0 | (27,4–37,1) | 20,6 | (16,2–25,8) | 52,7 | (47,4–57,9) |
| Gesamt (Frauen und Männer) | 1,8 | (1,6–2,1) | 44,1 | (43,2–45,1) | 35,9 | (35,1–36,7) | 18,1 | (17,4–18,9) | 54,0 | (53,1–54,9) |

* Abweichungen der Prävalenz „Übergewicht einschließl. Adipositas“ von der Summe der Prävalenz aus „Übergewicht“ und „Adipositas“ sind auf Rundung der Nachkommastelle zurückzuführen; KI = Konfidenzintervall

Tabelle 1

Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht und Adipositas nach Alter und Bildungsstatus bei Frauen (n = 13.006)

Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

47% der Frauen und 62% der Männer sind von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen, 18% der Erwachsenen weisen eine Adipositas auf.

Die Adipositasprävalenz hat im Vergleich zu früheren Surveys zugenommen. Eine deutliche Zunahme zeigt sich insbesondere in den jüngeren Altersgruppen.

Adipositasprävalenz in den Bundesländern

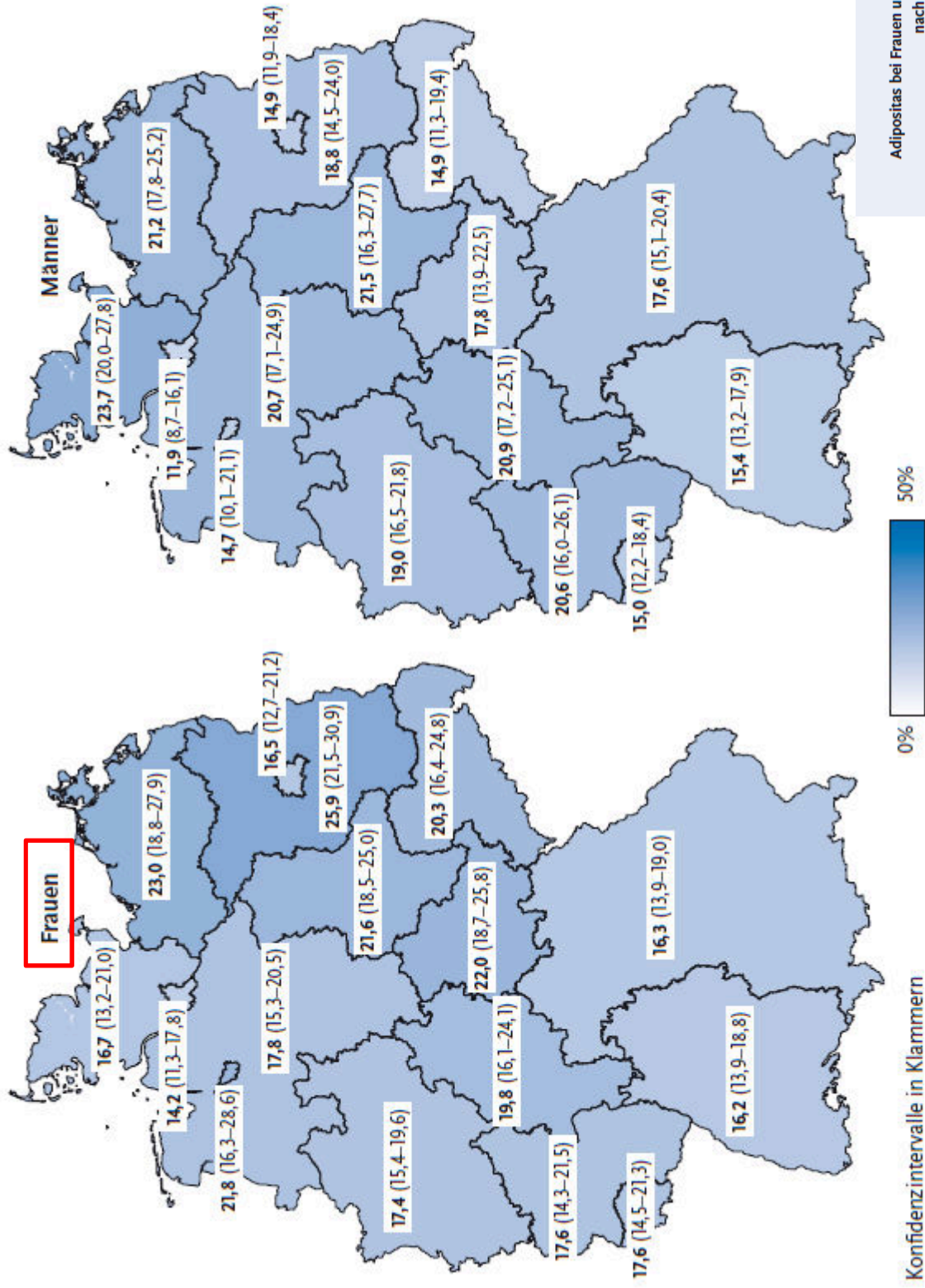
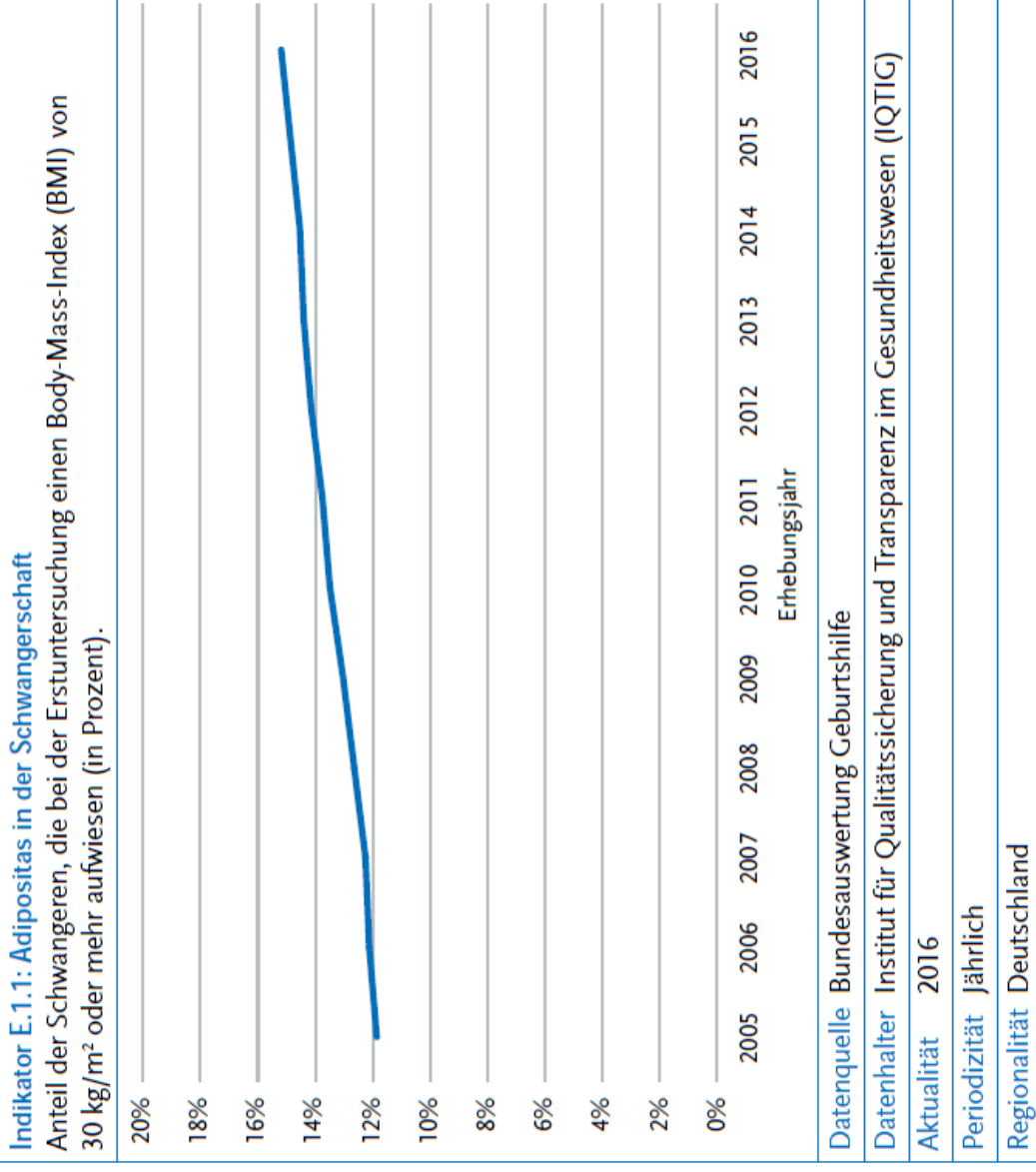


Abbildung 1
Adipositas bei Frauen und Männern
nach Bundesland
(n = 13.006 Frauen; n = 10.785 Männer)
Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



Kernaussagen

- Laut Bundesauswertung Geburtshilfe (2016) waren 15 % der schwangeren Frauen zu Beginn der Schwangerschaft adipös.

Risiko Adipositas

2017 hatten an der UFK Magdeburg von 1334 entbundenen Schwangeren
600 Schwangere einen BMI ≥ 30 (45%!)
2018 lag dieser Anteil bei 46,8%

Vergleich:
 Perinatalstatistik
 Sachsen-Anhalt 2016

QSINDIREKT Sachsen-Anhalt
 Jahresauswertung 2016
 Gesamt

Gesamt - 16/1 - 2016
 Geburtshilfe
 5. Basisauswertung

5.3.4 Befunde in der jetzigen Schwangerschaft (Fortsetzung)

| Schwangerschaftsalter | Gesamt | | Vergleichskollektiv >= 500 | | Vergleichskollektiv < 500 | |
|---|--------------|--------------|----------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Geburten | 17.478 | 100,00 | 14.388 | 100,00 | 3.110 | 100,00 |
| Unter 28+0 Wochen | 74 | 0,42 | 68 | 0,47 | 6 | 0,19 |
| 28+0 bis unter 32+0 Wochen | 143 | 0,82 | 140 | 0,97 | 3 | 0,10 |
| 32+0 bis unter 37+0 Wochen | 1.245 | 7,12 | 1.061 | 7,38 | 184 | 5,92 |
| 37+0 bis unter 42+0 Wochen | 15.959 | 91,31 | 13.054 | 90,85 | 2.905 | 93,41 |
| 42+0 Wochen und darüber | 57 | 0,33 | 45 | 0,31 | 12 | 0,39 |
| Ohne verwertbare Angabe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Body-Mass-Index* (kg/m²) bei Erstuntersuchung | | | | | | |
| Alle Geburten | 17.478 | 100,00 | 14.388 | 100,00 | 3.110 | 100,00 |
| Unter 20 | 2.098 | 12,00 | 1.764 | 12,28 | 334 | 10,74 |
| 20 bis unter 25 | 7.391 | 42,29 | 6.163 | 42,89 | 1.228 | 39,49 |
| 25 bis unter 30 | 3.935 | 22,51 | 3.183 | 22,15 | 752 | 24,18 |
| 30 und darüber | 2.909 | 16,64 | 2.372 | 16,51 | 537 | 17,27 |
| Ohne verwertbare Angabe | 1.145 | 6,55 | 886 | 6,17 | 259 | 8,33 |
| Gewichtszunahme | | | | | | |
| Alle Geburten | 17.478 | 100,00 | 14.388 | 100,00 | 3.110 | 100,00 |
| Unter 5% | 686 | 3,92 | 572 | 3,98 | 114 | 3,67 |
| 5% bis unter 15% | 3.719 | 21,28 | 3.064 | 21,33 | 655 | 21,06 |
| 15% bis unter 20% | 2.896 | 16,57 | 2.407 | 16,75 | 489 | 15,72 |
| 20% bis unter 30% | 5.532 | 31,65 | 4.461 | 31,19 | 1.051 | 33,79 |
| 30% und darüber | 3.043 | 17,41 | 2.543 | 17,70 | 500 | 16,08 |
| Ohne verwertbare Angabe | 1.602 | 9,17 | 1.301 | 9,05 | 301 | 9,68 |

* Body Mass Index (BMI) = (Körpergewicht in kg)/(Körperlänge in m) x (Körperlänge in m); Einheit: kg/m²

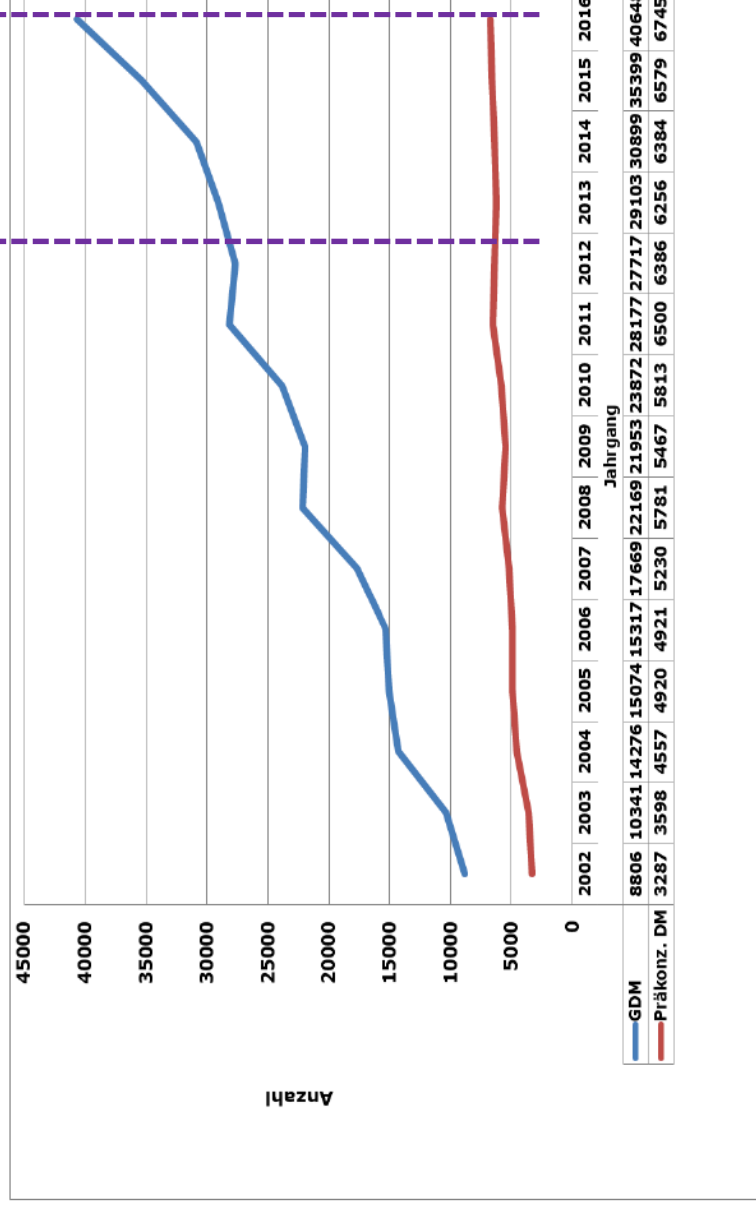


Risiko Gestationsdiabetes in der Schwangerschaft

GDM-Prävalenz 5,37% (40.000 Schwangere) laut Perinatalerhebung 2016

Anstieg seit Einführung des Screenings in die MuRiLi 2012 von 4,4 auf 5,3% (20%)

Abbildung 2: GDM/Typ-1 und Typ-2-Diabetes – Absolute Häufigkeit 2001–2016



S3-Leitlinie GDM, Diagnostik, Therapie und Nachsorge AWMF 057-008

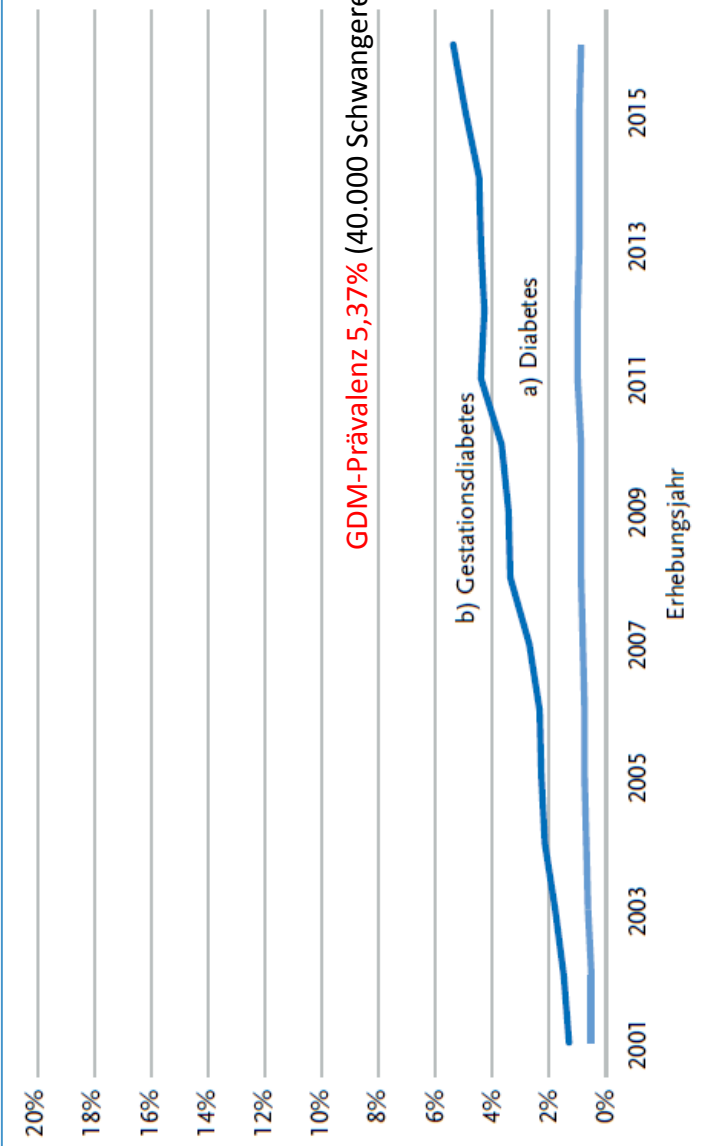


OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Risiko Diabetes / GDM in der Schwangerschaft

| |
|---|
| <p>Indikator E.1.2: Diabetes in der Schwangerschaft</p> <p>a) Anteil der Frauen, bei denen in der Schwangerschaft ein Diabetes mellitus festgestellt wurde (in Prozent).</p> <p>b) Anteil der Frauen, bei denen in der Schwangerschaft ein Gestationsdiabetes festgestellt wurde (in Prozent).</p> |
|  <p>GDM-Prävalenz 5,37% (40.000 Schwangere)</p> <p>b) Gestationsdiabetes</p> <p>a) Diabetes</p> <p>Erhebungsjahr</p> |
| Datenquelle Bundesauswertung Geburtshilfe |
| Datenhalter Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) |
| Aktualität 2016 |
| Periodizität Jährlich |
| Regionalität Deutschland |

- Bei 5 % der schwangeren Frauen wurde laut Bundesauswertung Geburtshilfe (2016) Gestationsdiabetes festgestellt.

Daten der Perinatalstatistik Sachsen-Anhalt 2016

QSINDIREKT Sachsen-Anhalt
 Jahresauswertung 2016
 Gesamt

Gesamt - 16/1 - 2016
 Geburtshilfe
 3. Prozessqualität

3. Prozessqualität

3.1 Schwangerenvorsorge und Diagnostik

3.1.1 Basiszahlen zur Schwangerenvorsorge

| | Gesamt | | Vergleichskollektiv >= 500 | | Vergleichskollektiv < 500 | |
|--|--------|--------|----------------------------|--------|---------------------------|--------|
| | Anzahl | % | Anzahl | % | Anzahl | % |
| Alle Geburten | 17.478 | 100,00 | 14.368 | 100,00 | 3.110 | 100,00 |
| Mehrlingsschwangerschaften | 305 | 1,75 | 274 | 1,91 | 31 | 1,00 |
| Anamnestiche Risiken* | 13.035 | 74,58 | 10.754 | 74,85 | 2.281 | 73,34 |
| Diabetes mellitus (9) | 257 | 1,47 | 241 | 1,68 | 16 | 0,51 |
| Zustand nach Frühgeburt (17) | 765 | 4,38 | 617 | 4,29 | 86 | 2,77 |
| Zustand nach 2 oder mehr Aborten (19) | 1.334 | 7,63 | 1.127 | 7,84 | 207 | 6,66 |
| Zustand nach Sectio caesarea (23) oder Uterus-Operation (24) | 2.537 | 14,52 | 2.112 | 14,70 | 425 | 13,67 |
| Befundete Risiken ² | 6.735 | 38,53 | 5.621 | 39,12 | 1.114 | 35,82 |
| Blutungen vor/nach 28 SsWo (32, 33) | 355 | 2,03 | 302 | 2,10 | 53 | 1,70 |
| Isthmoevrikale Insuffizienz (40) oder vorzeitige Wehen (41) | 1.041 | 5,96 | 928 | 6,46 | 113 | 3,63 |
| Hypertonie: Blutdruck über 140/90 (46) | 555 | 3,18 | 464 | 3,23 | 91 | 2,93 |
| Schwangerschaftsdiabetes (50) | 1.247 | 7,13 | 1.059 | 7,37 | 188 | 6,05 |
| Erstuntersuchung bis 12 SsWo | 14.035 | 80,30 | 11.619 | 80,87 | 2.416 | 77,68 |
| Erstultraschall bis 12 SsWo | 14.090 | 80,62 | 11.645 | 81,05 | 2.445 | 78,62 |
| Vorstellung in der Geburtsklinik | 13.133 | 75,14 | 11.059 | 76,97 | 2.074 | 66,69 |

¹ Auflistung der anamnestiche Schwangerschaftsrisiken nach Schlüssel 2, siehe Basisauswertung Seite 111; Mehrfachnennungen sind möglich.

² Auflistung der befundeten Schwangerschaftsrisiken nach Schlüssel 2, siehe Basisauswertung Seite 117; Mehrfachnennungen sind möglich.



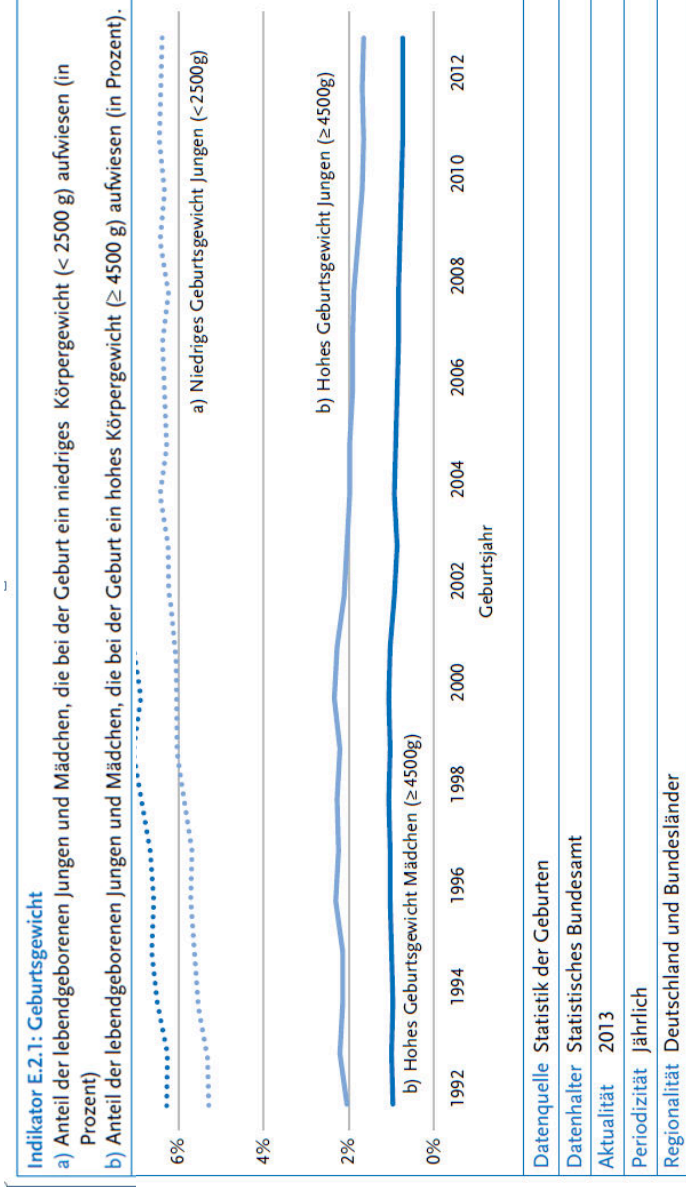
OTTO VON GUERICKE
 UNIVERSITÄT
 MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
 UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Risiken bei Adipositas in der Schwangerschaft- Fetale und neonatale Risiken

- Fetale Makrosomie, Adipositas der Mutter und übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft sind mit einer späteren Adipositas im Kindes- und Jugendalter assoziiert (Castillo et al. 2015; Woo Baidal et al. 2016)
- Kinder adipöser Mütter weisen bereits mit 6 Jahren gehäuft ein kardiometabolisches Risikoprofil auf (OR 3) (Gaillard et al. 2014)



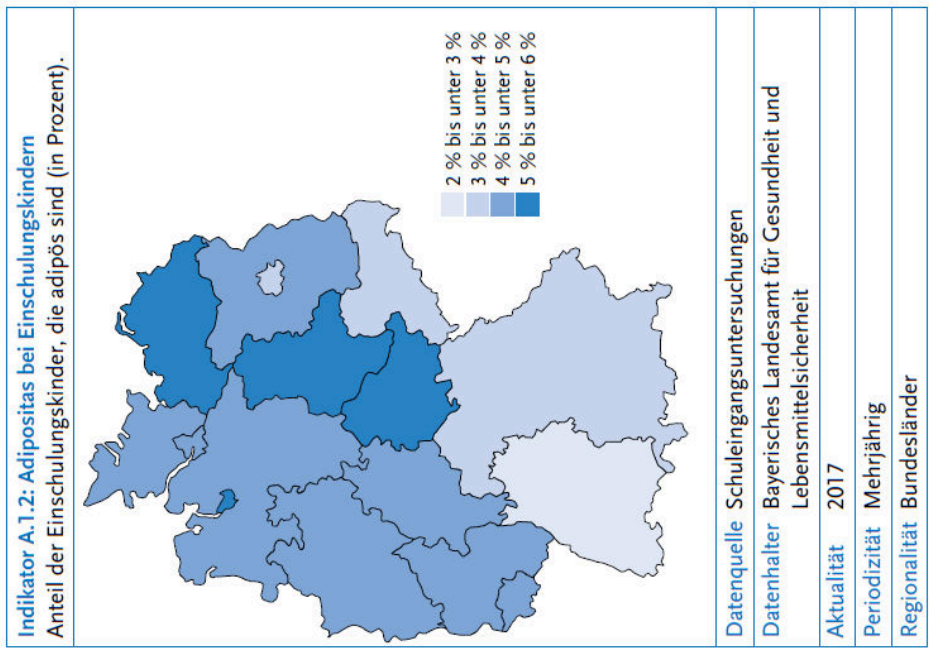
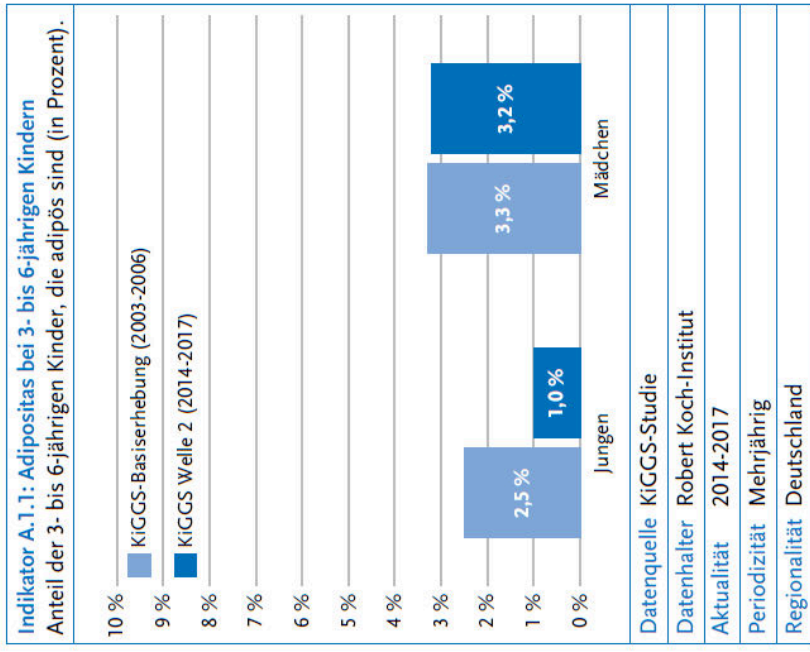
ROBERT KOCH INSTITUT



Kernaussagen

- Das Geburtsgewicht steht mit der späteren Gewichtsentwicklung in Zusammenhang.
- Im Jahr 2013 kamen laut Statistik der Geburten 1,6 % der Jungen und 0,7 % der Mädchen in Deutschland mit einem hohen Geburtsgewicht (4500 g oder mehr) zur Welt.
- Der Anteil der Kinder, die bei der Geburt 4500 g oder mehr wogen, ist seit dem Jahrtausendwechsel leicht rückläufig.

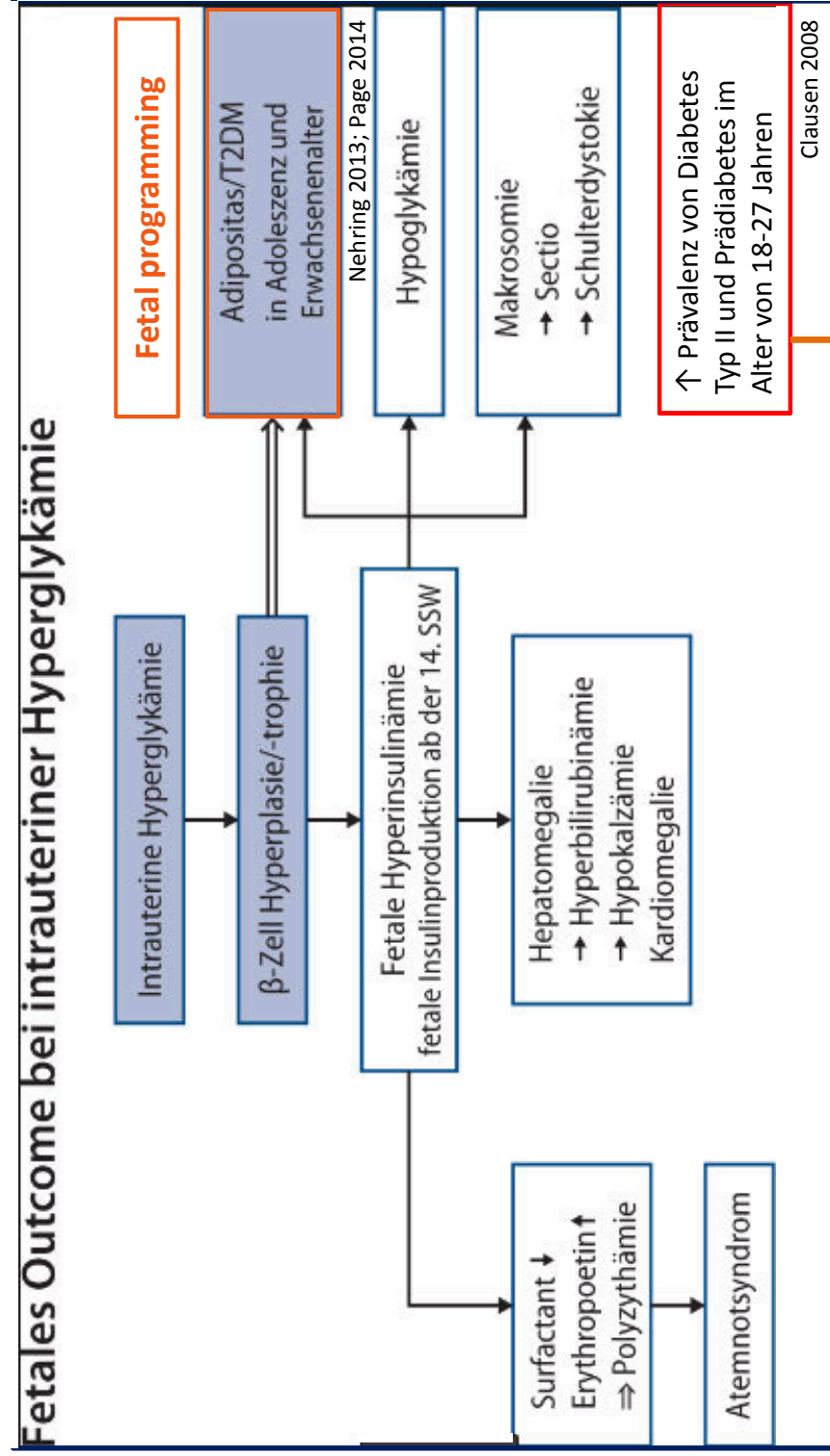
Risiken bei Adipositas in der Schwangerschaft- Adipositas im frühen Kindesalter



Kernaussagen

- Laut KIGGS Welle 2 (2014-2017) sind 2,0 % der 3- bis 6-jährigen Kinder in Deutschland adipös.
- Die Adipositasprävalenz von Einschulungskindern liegt zwischen 2,8 % in Baden-Württemberg und 5,6 % in Sachsen-Anhalt.
- In den vergangenen Jahren ist die Adipositasprävalenz bei Einschulungskindern in den meisten Bundesländern relativ konstant geblieben.

Risiken bei Gestationsdiabetes – fetal und neonatal



! Elterlicher BMI und LGA sind unabhängige Risikofaktoren für kindliches Übergewicht
Schäfer-Graf 2005

Risiken bei Gestationsdiabetes – Mütterliche Folgen / Langzeitrisiko

- ↑ Entwicklung eines Metabolisches Syndroms (Akinci et al. 2010)
- ↑ Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen bereits in jüngerem Alter
(Risiko nach 12 Jahren 66% in kanadischer Studie von Retnakaran et al.2009)
- ↑ Entwicklung eines manifesten Diabetes (Shah et.al.2008)
(nach 11,5 Jahren in 27% vs. 3,2 % stoffwechselgesunder Schwangerer)
(7-8 fach erhöhtes Diabetes-Risiko nach GDM (Bellamy 2009; Eades 2015) schon nach 5-10 Jahren besonders bei Adipositas, Insulinbedarf bei GDM, höherem Alter, Asiatinnen)
- ↑ Wiederholungsrisiko für ein Gestationsdiabetes in folgender Schwangerschaft
35-50%



Stillen als Schlüssel zur zukünftigen Gesundheit ?



Effekte auf die kindliche Entwicklung



Effekte auf die mütterliche Langzeit-Prognose



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Positive Effekte des Stillens auf die kindliche Gesundheit

Stillen senkt das kindliche Risiko für

- Allergische Erkrankungen (Nwaru et al. 2013)
- Infektionen des Respirationstraktes
- Autoimmunerkrankungen (Typ-1- Diabetes, Zöliakie)
- Unspezifische und entzündliche Darmerkrankungen
- **Übergewicht (Arenz et al. 2004) und Komorbiditäten (Adipositas, Typ-II-Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen)**

Stillen fördert

- die Entwicklung des kindlichen Nervensystems (Roze et al. 2012)
- die Mutter-Kind-Beziehung
- hat schmerzlindernde Wirkung



Positive Effekte des Stillens auf die mütterliche und kindliche Gesundheit

S3-Leitlinie GDM, Diagnostik, Therapie und Nachsorge AWMF 057-008

| Empfehlung für das Wochenbett | Empfehlungsgrad |
|---|-----------------|
| Bei allen Frauen nach GDM sollte zum Zeitpunkt des oGTT 6–12 Wochen nach der Geburt der Befindlichkeitsbogen (EPDS) als Screeninginstrument für eine depressive Verstimmung eingesetzt werden. | B |
| Bei einem Summenscore im Befindlichkeitsbogen von > 10 besteht der Verdacht auf eine depressive Verstimmung. Dieser Verdacht sollte fachspezifisch weiter abgeklärt werden, um eine Therapie rechtzeitig einzuleiten. | B |
| Alle Schwangeren mit GDM sollen bereits vor der Entbindung auf die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind hingewiesen werden und Strategien für einen erfolgreichen Stillstart aufgezeigt werden. | A |
| Allen Schwangeren mit GDM soll eine ausschließliche Stillzeit von mindestens 4–6 Monaten empfohlen werden. | A |
| Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge möglichst lange weiter gestillt werden. | B |
| Adipöse Schwangere mit GDM sollen für das Stillen besonders motiviert und unterstützt werden. | A |

↓ kindliches Übergewicht und Adipositas bei ausreichend langer Stilldauer (Schäfer-Graf 2006; Shearer 2015)

- Stillen senkt das neonatale Hypoglykämierisiko
- Stillen hat kurzfristige positive Effekte auf mütterliche Glukosehomöostase und Insulinsensitivität (Gunderson et al. 2014)
- Stillen verringert Risiko für Typ-2-Diabetes und metabolisches Syndrom bis zu 15 Jahren nach Entbindung (Gunderson 2010; Ziegler 2012)

Positive Effekte des Stillens auf die mütterliche Gesundheit

Lange Laktation schützt unabhängig von Ethnizität, Parität, einem vorangegangenen GDM vor einer Glukosetoleranzstörung / Diabetes mellitus (Gunderson et al. 2017):

Das mütterliche Diabetes-Risiko sank um 25% bei einer Stilldauer von mindestens 6 Monaten, um 48% bei einer Stilldauer von 6-12 Monaten und um 47% bei einer Stilldauer von mehr als 12 Monaten

Forschungsergebnisse zeigen eine **Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Menge der gestillten Muttermilch und der Dauer** des Stillens insgesamt im Leben und auf die mütterliche Gesundheit einschließlich eines reduzierten Risikos an

- Typ-II-Diabetes zu erkranken (Ip et al. 2007)
- Brust-und Eierstockskrebs zu erkranken (Ip et al. 2007)
- an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erkranken (Nguyen et al. 2017)



Stillempfehlung bei Diabetes /GDM

S3-Leitline GDM, Diagnostik, Therapie und Nachsorge AWMF 057-008

| Empfehlung | Härtegrad |
|--|-----------|
| Alle Schwangeren mit GDM sollen bereits vor der Entbindung auf die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind hingewiesen werden und Strategien für einen erfolgreichen Stillstart aufgezeigt werden. | A |
| Allen Schwangeren mit GDM soll eine <u>ausschließliche Stillzeit</u> von mindestens 4–6 Monaten empfohlen werden. | A |
| Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge möglichst lange weiter gestillt werden. | B |
| Adipöse Schwangere mit GDM sollen für das Stillen besonders motiviert und unterstützt werden. | A |



Stillförderung
Stillberatung schon in Schwangerschaft



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG



MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Stillempfehlung Adipositas

AdiMon Themenblatt; RKI 2018

Stillen ist langfristig mit einem geringeren Risiko für kindliches Übergewicht und Adipositas assoziiert.

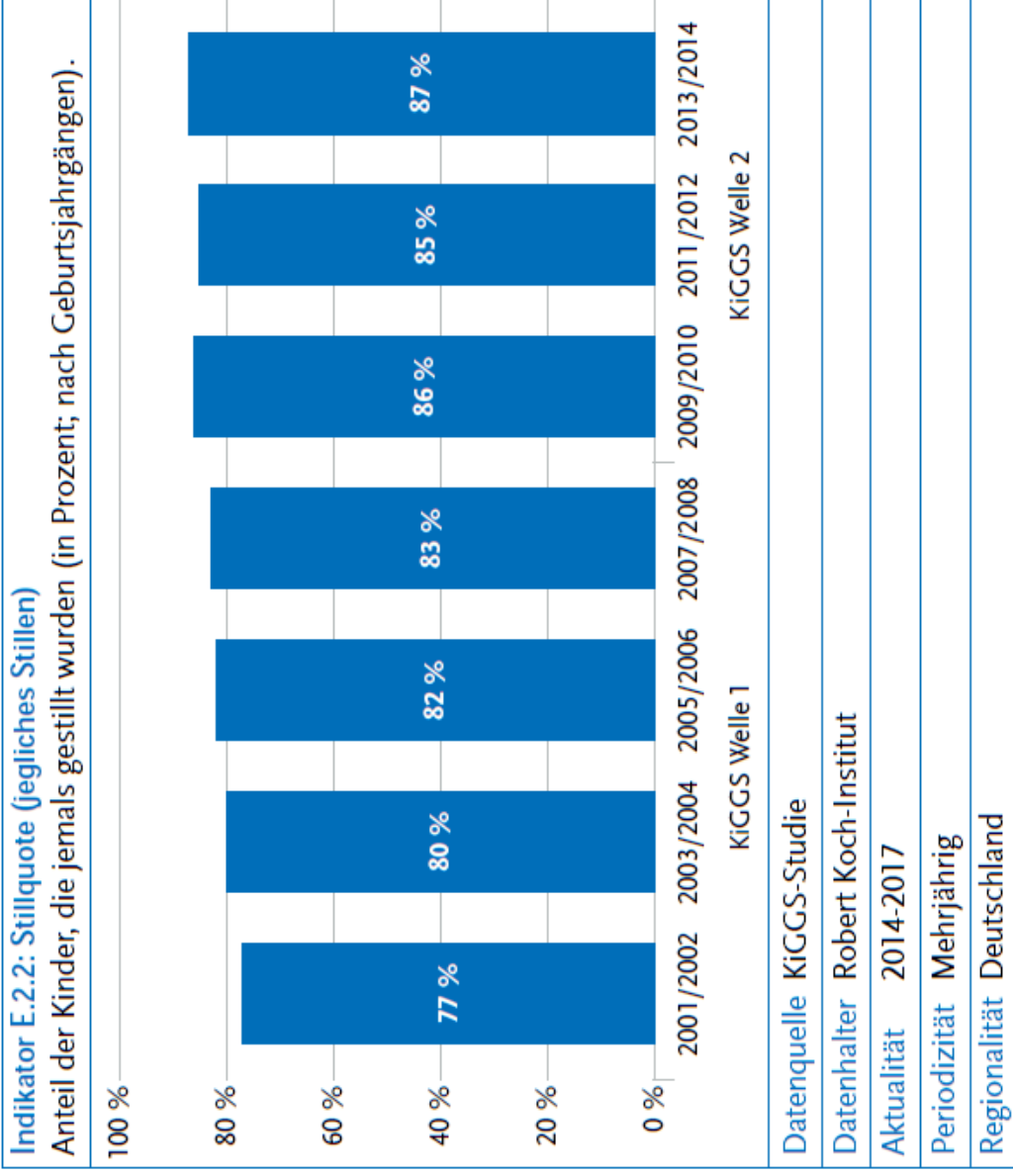
Dabei geht bereits jegliches Stillen mit einem niedrigeren Risiko für Adipositas einher unabhängig von der Dauer des Stillens (Horta et al. 2013).



Maßnahmen zur Stillförderung sollten möglichst früh ansetzen, stillende Mütter über die Zeit nach der Geburt hinaus begleiten und besonders Mütter mit niedrigem Bildungsstatus erreichen (von der Lippe et al. 2014).

Realität

AdiMon Themenblatt; RKI 2018

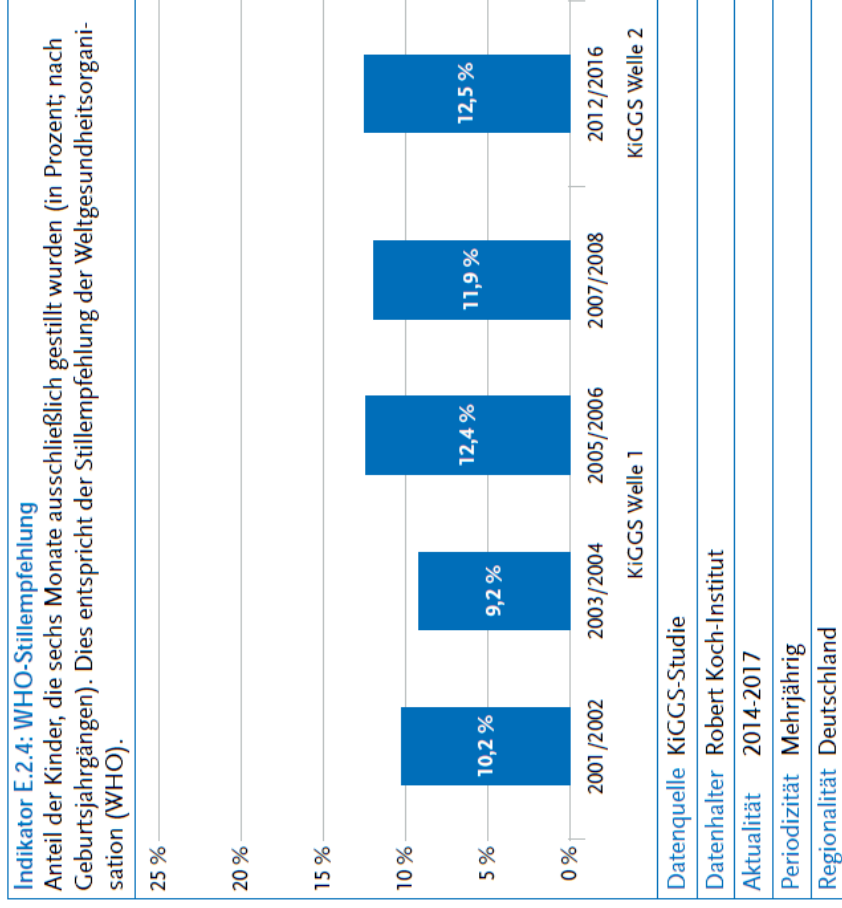
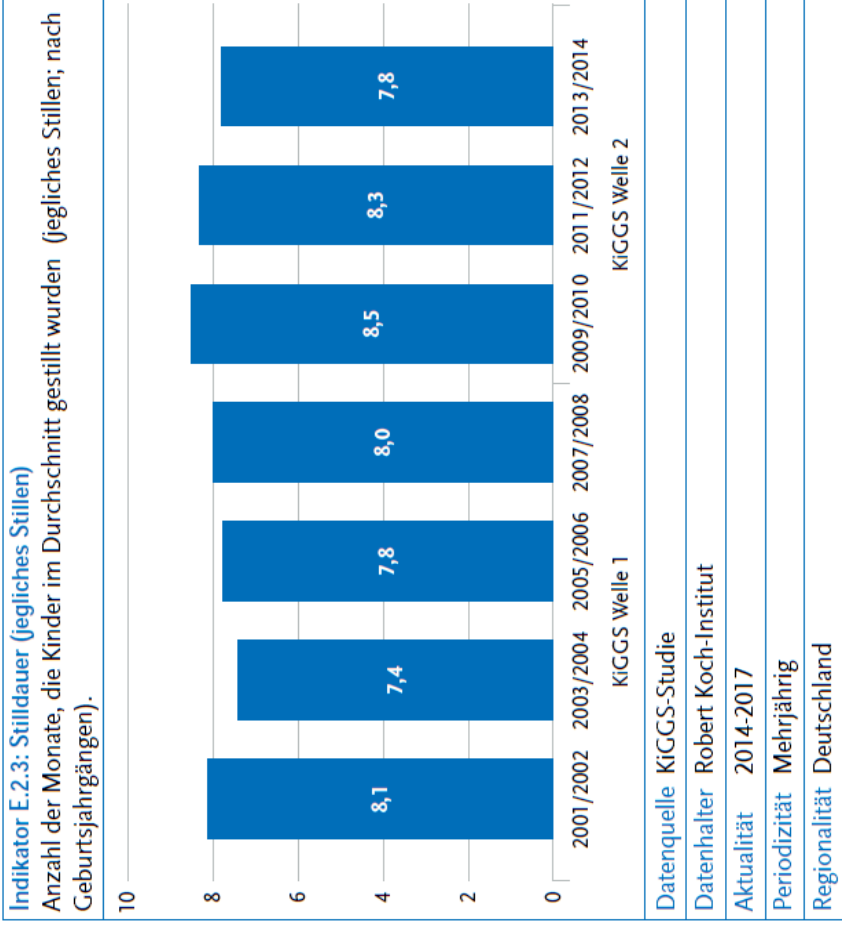


Kernaussagen

- Stillen ist langfristig mit einem geringeren Risiko für Übergewicht und Adipositas assoziiert.
- Laut KiGGS-Studie (2014-2017) wurden in Deutschland fast neun von zehn Kindern jemals gestillt.

Realität

AdiMon Themenblatt; RKI 2018



- Nur etwa jedes achte Kind wurde entsprechend der WHO-Empfehlung mindestens 6 Monate ausschließlich gestillt.

Realität: Stillverhalten bei Adipositas / GDM / Diabetes

Adipöse Mütter stillen ihre Kinder durchschnittlich kürzer als stoffwechselgesunde Frauen

Frauen mit **GDM** stillen ihre Kinder seltener (75 vs. 86%), und kürzer (ausschließlich Stillen: 9 vs. 17 Wochen; Gesamtstillzeit 16 vs. 26 Wochen) als stoffwechselgesunde Frauen (Hummel et al. 2016)

Frauen mit **Typ-1-Diabetes** stillen ihre Kinder seltener als stoffwechselgesunde Frauen (77 vs. 86%), ausschließliches Stillen und Gesamtstilldauer sind signifikant kürzer (12 vs. 17 Wochen; 20 vs. 26 Wochen) (Hummel 2016 et al.)



Was ist zu tun?

Stillförderung kann nicht nur auf der individuellen Ebene stattfinden (Hebammen, Still- und Laktationsberaterinnen) sondern bedarf einer stillfreundlichen Infrastruktur (Gesundheitssystem) und eines stillfreundlichen Klima in der Gesellschaft

Stillförderung als nationales Gesundheitsziel ?!



OTTO VON GUERICKE
UNIVERSITÄT
MAGDEBURG

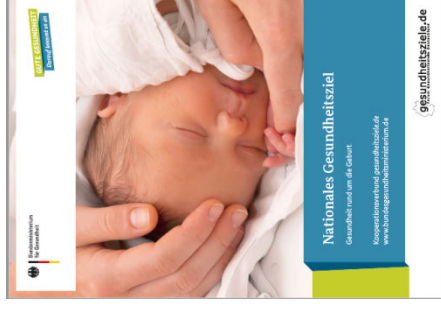


MEDIZINISCHE FAKULTÄT
UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.Ö.R.

Nationale Gesundheitsziele

Unter Mitwirkung von Bund, Ländern, gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherung, privater Krankenversicherung, Ärzten und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen sowie Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen wurden bisher folgende nationale Gesundheitsziele beschlossen und teilweise bereits aktualisiert:

- Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln (2003)
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003; Teilaktualisierung 2011 und 2014)
- Tabakkonsum reduzieren (2003, Aktualisierung 2015)
- Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2003; Aktualisierung 2010)
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2003; Aktualisierung 2011)
- Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006)
- Gesund älter werden (2012)
- Alkoholkonsum reduzieren (2015)
- **Gesundheit rund um die Geburt (2017)**



Ziel 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert

Ziel 2: Eine physiologische Geburt wird ermöglicht und gefördert.....

Ziel 3: Die Bedeutung des Wochenbetts und die frühe Phase der Elternschaft sind anerkannt und gestärkt

Ziel 4: Das erste Jahr nach der Geburt wird als Phase der Familienentwicklung unterstützt. Eine gesunde Entwicklung von Eltern und Kind wird ermöglicht und gefördert

Ziel 5: Lebenswelten und Rahmenbedingungen rund um die Geburt sind gesundheitsförderlich gestaltet

Stillen

Vor allem bei Erstgebärenden ist eine gute Vorbereitung auf die erste Zeit mit dem Neugeborenen bereits in der Schwangerschaft wichtig, weil dadurch Anpassungsschwierigkeiten in Hinblick auf die neue Lebenssituation vermieden werden können. Das gilt insbesondere für die Art der Säuglingsernährung.

Alle nationalen und internationalen Fachgesellschaften, staatlichen Institutionen und Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitsbereich empfehlen das Stillen bzw. die Ernährung des Säuglings mit Muttermilch, da sie in ihrer Zusammensetzung optimal an Bedarf und Bedürfnisse des Säuglings angepasst ist (BfR, 2016). Dies gilt insbesondere auch für Frühgeborene. Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für Durchfallerkrankungen, Mittelohrentzündungen und Zahnfehlstellungen (Victoria, 2016; Koletzko, Brands, & Demmelmair, 2011). Bei Müttern fördert Stillen die Uterusrückbildung nach der Geburt und verringert das Risiko für Brustkrebs, Eierstockkrebs und Typ 2 Diabetes (Victoria, 2016).

Weitere protektive Effekte des Stillens in Hinblick auf die Gesundheit des Kindes und der Mutter sind ebenfalls belegt. Dazu gehören die Förderung der Bindung zwischen Mutter und Kind, die Verringerung der Wahrscheinlichkeit für das Auftreten verschiedener Erkrankungen wie Adipositas, allergischer Erkrankungen wie Asthma oder atopische Dermatitis sowie ein verringertes Risiko für SIDS (Ip, Chung, Raman, Trikalinos, & Lau, 2009).

In Deutschland gibt es kein systematisches Stillmonitoring. Ein aktueller systematischer Review zu Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland zeigt hohe Stillraten von 72 % bis 97 % kurz nach der Geburt. Aber schon in den ersten zwei Monaten kommt es zu einem Abfall der Stillraten, und im Alter von sechs Monaten werden nur noch etwa 50 % der Säuglinge gestillt. Ein eindeutiger zeitlicher Trend in Bezug auf die Gesamtstillrate in Deutschland lässt sich nicht erkennen (Weissenborn et al., 2016).

Nach der ersten Folgeerhebung der KiGGS-Studie (Welle 1, 2009–2012) wurden 82,1 % der von 2002 bis 2012 geborenen Kinder als Säuglinge jemals gestillt (Mädchen: 83,5%; Jungen: 80,8 %) (von der Lippe, Brettschneider, Gutsche, & Poethko-Müller, 2014); der Vergleich zu den Ergebnissen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zeigt einen leichten Anstieg der Stillprävalenz. Kinder von Müttern mit niedrigem Sozialstatus und von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten oder bei denen Probleme nach der Geburt auftraten, wurden signifikant seltener gestillt. 34 % der Kinder wurden mindestens vier Monate lang ausschließlich gestillt, entsprechend den Empfehlungen zur Säuglingsernährung des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ (von der Lippe, Brettschneider, Gutsche, & Poethko-Müller, 2014; Koletzko, Bauer, Brönstrup et al., 2013). 17,7 % der Kinder wurden mindestens sechs Monate lang voll gestillt. Laut Nationaler Stillkommission ist das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrzahl der Säuglinge eine ausreichende Ernährung (BfR, 2016).

Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, wie wichtig die Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Stillbeziehung sind. Ob das Stillen auch langfristig gelingt, korreliert hoch mit der Qualität der Stillförderung in der Geburtsklinik bzw. dem außerklinischen Setting (Abou-Dakn, Scheele, & Strecker, 2003; Declercq, Labbok, Sakala, & O'Hara, 2009). Nur wenn Frauen eine frühzeitige, qualifizierte und individuelle Beratung zum Thema Stillen und Säuglingsernährung inklusive der förderlichen Rahmenbedingungen bereits in der Schwangerschaft erhalten, ist eine informierte Entscheidungsfindung in Hinblick auf die Wahl des Geburtsortes und die Organisation einer

angemessenen Unterstützung während der Stillzeit möglich. Die Information und Beratung des Partners bzw. der Partnerin spielt dabei ebenfalls eine wichtige Rolle, da sich deren Haltung sowohl auf die Stillentscheidung als auch auf die Zufriedenheit der Mutter in Bezug auf das Stillen auswirkt (Maycock et al., 2013).

Zu einer guten Stillberatung gehört die Verwendung neutraler Beratungsmaterialien. Auf Werbung für Muttermilchersatzprodukte sollte gemäß dem WHO-Kodex komplett verzichtet werden (WHO, 1981; Koletzko, Hartmann, & Albring, 2011). Eine respektierende Haltung auch gegenüber einer bewussten Entscheidung gegen das Stillen ist allerdings wichtig, damit kein unnötiger Druck aufgebaut wird und keine Schuldgefühle erzeugt werden, die die Mutter-Kind-Beziehung belasten.

Geburts- und Kinderkliniken, die die Stillrichtlinie verbindlich umsetzen, können von der WHO/ UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ zertifiziert werden. Knapp 20% aller Neugeborenen kommen in diesen Einrichtungen zur Welt. Diese Richtlinien sind insbesondere auch in Kliniken der neonatologischen Versorgung mit dem Level 1, die einen hohen Anteil an Geburtskomplikationen und Frühgeburten versorgen, von hoher Bedeutung, auch wenn sie dort oft nur unter erschwerten Bedingungen umsetzbar sind. Der Einsatz von Stillberaterinnen sowie Initiativen zur Gründung von Frauenmilchbanken in Level 1-Zentren tragen gerade hier erheblich zur Stillförderung bei und wirken sich unmittelbar positiv aus.

Was ist zu tun?

- Intrauterine und frühkindliche Erfahrungen / Expositionen beeinflussen das Risiko für die Entwicklung von nicht übertragbaren Erkrankungen
- Stillen passt in das Konzept, dass frühkindliche Eingriffe einen maßgeblichen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung haben
- Stillen verfolgt den Grundsatz der Nachhaltigkeit: mütterlicher Aufwand und kindlicher und mütterlicher Nutzen der Ressourcen von Muttermilch sind ein anschauliches Kosten-Nutzen-Modell
- Muttermilch ist eine der wirksamsten und günstigsten präventiven Gesundheitsmaßnahmen mit kurz- und langfristigen Vorteilen von Säugling und Mutter

Stillen ist der entwicklungsbedingte Ursprung von Gesundheit und Krankheit

