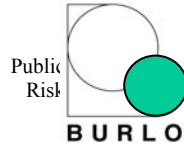




**European
Commission**
Directorate
Health and
Assessment



IRCCS Burlo Garofolo
Trieste, Italy



**Unit for Health Services Research
and International Health**
WHO Collaborating Centre for Maternal
and Child Health

Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan

Entwickelt und geschrieben von den Teilnehmern des Projekts:
Förderung des Stillens in Europa
(EU Project Contract N. SPC 2002359)

Dieses Dokument wurde auf der EU-Konferenz zur Förderung des Stillens in Europa
am 18. Juni 2004 in Dublin, Irland, vorgestellt

Kontaktadresse

Nationale Stillkommission
am Bundesinstitut für Risikobewertung
Thielallee 88-92, 14195 Berlin
Sekretariat, Tel.: 01888 412 34 91, Fax:
01888 412 37 15
E-Mail: stillkommission@bfr.bund.de
<http://www.bfr.bund.de/cd/425>

Referenzierung: 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, 2004. Es kann im Internet unter: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm abgerufen werden.

Inhaltsverzeichnis

I.	Vorwort	4
II.	Autoren und Rezensenten	5
III.	Kurzzusammenfassung	10
IV.	Einführung	12
	Überblick über die derzeitige Situation	15
	Einflussfaktoren auf das Stillen	17
	Überblick über die Beurteilung der Maßnahmen	18
V.	Der Aktionsplan	20
1.	<i>Strategien und Planung</i>	20
1.1	Strategien	21
1.2	Planung	21
1.3	Management	21
1.4	Finanzierung	22
2.	<i>Information, Ausbildung und Kommunikation (IAK)</i>	22
2.1	IAK für Einzelpersonen	22
2.2	IAK für die Gesellschaft	23
3.	<i>Schulung</i>	24
3.1	Ausbildung (Pre-service training)	24
3.2	Fortbildung (In-service training)	25
4.	<i>Schutz, Förderung und Unterstützung</i>	25
4.1	Globale Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern	26
4.2	Der Internationale Kodex	26
4.3	Mutterschutzgesetze für berufstätige Frauen	27
4.4	Initiative Stillfreundliches Krankenhaus	28
4.5	Unterstützung durch ausgebildetes Gesundheitspersonal	30
4.6	Unterstützung durch geschulte Laienberater/innen und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	30
4.7	Unterstützung innerhalb der Familie, der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz	31
5.	<i>Monitoring</i>	32
5.1	Stillraten	33
5.2	Vorgehensweisen von Gesundheits- und Sozialdiensten	33
5.3	Internationaler Kodex, Gesetze und Strategien	34
6.	<i>Forschung</i>	35
6.1	Forschung	35
VI.	Literatur	37

Abkürzungen

BFH	Baby Friendly Hospital (Stillfreundliches Krankenhaus)
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative (Initiative Stillfreundliches Krankenhaus)
CME	Continuing Medical Education (Medizinische Fortbildung)
CRC	UN Convention on the Rights of the Child (UN Konvention für die Rechte des Kindes)
EU	Europäische Union
EURODIET	Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe (Ernährung als Teil eines gesunden Lebensstils in Europa)
FAO	Food and Agriculture Organization (Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen)
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
IAK	Information, Ausbildung, Kommunikation
ILO	International Labour Organization (Internationale Arbeitsorganisation IAO)
IYCF	Infant and Young Child Feeding (Säuglings- und Kleinkinderernährung)
M2M	Mother-to-mother (Mutter-zu-Mutter)
NGO	Non-Governmental Organization (Nicht-Regierungsorganisation)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
WHA	World Health Assembly (Weltgesundheitsversammlung)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WHO/EURO	World Health Organization Regional Office for Europe (Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa)

*Unser besonderer Dank gilt
Henriette Chamouillet,
Camilla Sandvik und
Mariann Skar,
Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung, Europäische Kommission,
für ihre Unterstützung des Projektes.*

I. Vorwort

Ich freue mich sehr darüber, diesen Aktionsplan zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens in Europa vorstellen zu dürfen, der im Rahmen eines vom Direktorat für Gesundheits- und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission mitfinanzierten Projektes entwickelt wurde.

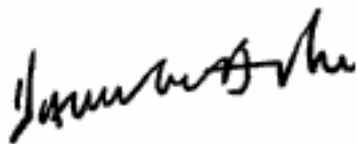
Die Förderung des Stillens ist eine der wirkungsvollsten Möglichkeiten, die Gesundheit unserer Kinder zu verbessern. Stillen wirkt sich auch positiv auf die Mütter, die Familien, die Gemeinde sowie das Gesundheits- und Sozialsystem, die Umwelt und die Gesellschaft im Allgemeinen aus.

Es gibt zahlreiche Initiativen zur Stillförderung auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene. Doch ich glaube, die Chancen, dass diese Initiativen gute und dauerhafte Erfolge erzielen, sind wesentlich höher, wenn sie solide geplant sind und nachweislich effektive Maßnahmen in koordinierte Programme eingebunden werden.

Der Aktionsplan bietet ein Rahmengerüst für die Ausarbeitung solcher Programme. Er wird allen Regierungen, Institutionen und Organisationen zur Verfügung gestellt werden, die sich gemeinsam für den Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens einsetzen wollen. Ich lade Sie ein, den Aktionsplan zu nutzen und die darin enthaltenen Vorschläge und Empfehlungen in die Tat umzusetzen.

Ich bin zuversichtlich, dass diese Programme dazu beitragen werden, das Bedürfnis der Europäer nach besserer Information über und Unterstützung für das Stillen zu befriedigen, damit ihre Kinder den besten Start ins Leben erhalten.

Ich möchte den Menschen, die den Aktionsplan entwickelt und geschrieben haben, für ihre Arbeit danken.



David Byrne
EU Kommissar für Gesundheits- und Verbraucherschutz

II. Autoren und Rezensenten

Der Aktionsplan wurde von dem Koordinator des Projektes Adriano Cattaneo, und seinem Team an der Abteilung für Health Services Research and International Health, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italy: Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco and Alexandra Knowles geschrieben.

Sie schrieben im Auftrag der Mitglieder des geschäftsführenden Ausschuss:

Christine Carson (Department of Health, London)

Flore Diers-Ollivier (La Leche League and Coordination Française pour l'Allaitement Maternel)

Berthold Koletzko (Professor of Paediatrics, Metabolic Diseases and Nutrition, University of Munich)

Hildegard Przyrembel (National Breastfeeding Committee, Germany)

Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement)

Luis Ruiz Guzman (Paediatrician and coordinator of the BFHI, Spain)

Michael Sjöström (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)

Agneta Yngve (Public Health Nutrition, Karolinska Institute, Stockholm)

und von allen Teilnehmern des Projektes, die mit ihren Vorschlägen, Bemerkungen und Rückmeldungen zu den Entwürfen des Aktionsplans und der überarbeiteten Endversion beitrugen:

Österreich: Ilse Bichler (IBCLC, Regional Administrator, IBLCE), Anne-Marie Kern (IBCLC, Coordinator, BFHI)

Belgien: Françoise Moyersoer (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)

Dänemark: Tine Jerris (Coordinator, National Breastfeeding Committee), Ingrid Nilsson (IBCLC, Vice-President, National Breastfeeding Committee)

Finnland: Kaija Hasunen (Ministerial Adviser, Ministry of Social Affairs and Health)

Griechenland: Vicky Benetou (Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Themis Zachou (Pediatrician Neonatologist, former Director, Breastfeeding Promotion Unit, Human Milk Bank, Elena Venizelou Maternity Hospital, Athens)

Island: Geir Gunnlaugsson and Ingibjörg Baldursdóttir (Centre for Child Health Services) Jona Margret Jonsdóttir (IBCLC, Centre for Child Health Services)

Irland: Genevieve Becker (IBCLC, Consultant Nutritionist), Maureen Fallon (National Breastfeeding Coordinator)

Luxemburg: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)

Niederlande: Adrienne de Reede (Director, Stichting Zorg voor Borstvoeding, BFHI)

Norwegen: Anne Baerug (Project Coordinator, National Breastfeeding Centre, Oslo)

Portugal: Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa)

Großbritannien: Jenny Warren (National Breastfeeding Adviser for Scotland), Susan Sky (Breastfeeding Co-ordinator for Wales), Janet Calvert (Breastfeeding Co-ordinator for Northern Ireland)

Kim Fleischer Michaelsen (International Society for Research in Human Milk and Lactation)

Andrew Radford (Programme Director, UNICEF UK Baby Friendly Initiative, UK)

Aileen Robertson (WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark)

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland)

Der Aktionsplan wurde von den folgenden Personen, Vereinigungen und Institutionen überprüft, begutachtet und kommentiert:

Österreich: Renate Fally-Kausek (Ministry of Health/Promotion of Breastfeeding), Karl Zwiauer (National Breastfeeding Committee), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filsmair (School for Paediatric Nurses, Vienna General Hospital), Maria Jesse (Austrian Association of Paediatric Nurses), Renate Großbichler (Austrian Association of Midwives), Margaritha Kindl (Academy for Midwives, Mistelbach), Christine Kohlhofer and Renate Mitterhuber (Academy for Midwives, Semmelweissklinik, Vienna), Michael Adam (Obstetric Department, Semmelweissklinik, Vienna)

Belgien: Members of the multisectoral Federal Breastfeeding Committee and representatives of the Federal, the Regional (Wallonie) and French Community Health authorities; Ann van Holsbeeck (Breastfeeding Federal Committee)

Bulgarien: Stefka Petrova (Department of Nutrition, National Centre of Hygiene)

Tschechische Republik: Zuzana Brazdova (University of Brno), Magdalena Paulova (Institute for Postgraduate Medical Education, Prague), Dagmar Schneidrová (Charles University, Prague)

Dänemark: members of the National Breastfeeding Committee representing the Association of Danish Clinical Dieticians, the National Board of Health, the Danish Association of Midwives, the Danish College of General Practitioners, the Danish Committee for Health Education, the Danish Committee for UNICEF, the Danish Consumer Council, the Danish Medical Association, the Danish Nurses Organization, the Danish Paediatric Society, the Danish Society of Obstetrics and Gynaecology, the Danish Veterinary and Food Administration, IBLCE, the Ministry for the Interior and Health, Parenting and Childbirth, the Professional Society of Health Care Nurses, the Professional Society of Obstetric and Gynaecology Nurses, the Professional Society of Paediatric Nurses, WABA and WHO Regional Office for Europe

Estonia: Julia Deikina (Health Protection Inspectorate)

Finnland: Marjaana Pelkonen (Ministry of Social Affairs and Health)

Frankreich: Xavier Codaccioni (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Jacques Sizun and Loïc de Parscau (CHU, Brest), Dominique Gros (Hôpitaux Universitaires, Strasbourg), Jacques Schmitz (Hôpital Necker Enfants Malades, Paris), Dominique Turck (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, et Comité de Nutrition, Société Française de Pédiatrie), Bernard Maria (CH de Villeneuve St-Georges); and the following members of CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel): Marc Pilliot (Maternité Clinique St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (CHU, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (chargée de mission, IHAB), Françoise Ganzhorn and Claire Laurent (Hôpital du Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Réseau Normand pour l'Allaitement), Roselyne Duché-Bancel (La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)

Deutschland: Michael Abou-Dakn (National Breastfeeding Committee, Society for Support of the WHO/UNICEF Initiative "Breastfeeding-friendly Hospital"), Marion Brüssel (Association of Midwives, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga Germany), Joachim Heinrich (Nutritional Epidemiology and Public Health, GSF

Research Centre for Environment and Health), Ingeborg Herget (German Association of Paediatric Nurses), Mathilde Kersting (National Breastfeeding Committee, Research Institute for Child Nutrition), Rüdiger von Kries (Child Health Foundation), Walter Mihatsch (German Society for Pediatrics and Adolescent Medicine), Gudrun von der Ohe (German Association of Lactation Consultants), Utta Reich-Schottky (Association of Breastfeeding Support Groups), Ute Renkowitz (German Association of Midwives), Marita Salewski (Deutsche Liga für das Kind), Elke Sporleder (National Breastfeeding Committee, Association of Lactation Consultants), Jutta Struck (Federal Ministry for Family, Elderly, Women and Youth), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Federal Institute for Risk Assessment), Petra Wittig (German Association of Midwives), Uta Winkler (Federal Ministry for Health and Social Affairs)

Griechenland: Antonia Trichopoulou (Associate Professor, Department of Hygiene and Epidemiology, University of Athens Medical School), Chryssa Bakoula and Polixeni Nicholaidou (Associate Professors, 1st Department of Pediatrics, University of Athens Medical School)

Ungarn: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (IBCLC, Hungarian Association for Breastfeeding)

Inland: Anna Björg Aradóttir (Registered Nurse, Directorate of Health)

Irland: Anne Fallon (Acting Midwife Tutor, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (Clinical Midwife Specialist-Lactation, National Maternity Hospital, Dublin), Margaret O'Connor (Practice nurse, Tralee, Kerry), Maura Lavery (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Rotunda Hospital, Dublin), Camilla Barrett (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (Director of Public Health Nursing, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

Italien: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministry of Health), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (National Institute of Health), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (National Institute of Nutrition), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Lactation Consultants Association), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI), Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Italian Committee for Unicef), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piemonte), Marisa Bechaz (Valle d'Aosta), Maria Enrica Bettinelli (Lombardia), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Veneto), Claudia Giuliani (Friuli Venezia Giulia), Chiara Cuoghi (Emilia Romagna), Igino Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscana), Paola Bellini, Maria Marri (Umbria), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzo), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campania), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Puglia), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicilia), Antonietta Grimaldi (Sardegna)

Lettland: Irena Kondrate (National Breastfeeding Committee, Ministry of Health), Velga Brazneva (Nutrition Policy Department), Iveta Pudule (Health Promotion Centre)

Litauen: Roma Bartkeviciute (State Nutrition Center, National Breastfeeding Committee member), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, National Breastfeeding Committee secretary)

Luxemburg: members of the National Breastfeeding Committee, including representatives from the Ministry of Health, paediatricians, gynaecologists/obstetricians, midwives, nurses, paediatric nurses, NGO's, mother support groups and nursing schools; Marine Welter (president, National Association of Midwives)

Malta: Yvette Azzopardi (Health Promotion Department), Maria Ellul (Principal Scientific Officer)

Niederlande: Adja Waelpunt, Ellen Out (Royal Dutch Organisation of Midwives), Sander Flikweert (Dutch College of General Practitioners), Carla van der Wijden (Dutch Association for Obstetrics and Gynaecology), Y.E.C. van Sluys (Nutrition Centre), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland and Alma van der Gref (Nutrition and Health Protection, Ministry of Health, Welfare and Sports), J.A.M. Hilgersson (Working Conditions and Social Insurance, Ministry of Social Affairs), Caterina Band (Dutch Association of Lactation Consultants)

Norwegen: Arnhild Haga Rimestad (Director, National Nutrition Council), Bodil Blaker (Ministry of Health), Elisabeth Helsing (Norwegian Board of Health), Hilde Heimly and Britt Lande (Directorate for Health and Social Affairs), Kirsten Berge (National Organization of Public Health Nurses), Hedvig Nordeng (Institute of Pharmacotherapy), Anne Marie Pedersen (Labour Union of Children Nurses), Maalfrid Bjoernerheim (Norwegian Nurses and Midwives Organization), Anna-Pia Häggkvist (neonatal intensive care nurse), the Norwegian BFHI Committee with members from the midwives, paediatricians, gynaecologists, public health nurses and mother-to-mother support group organizations; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggstad and Elisabeth Tufte (National Breastfeeding Centre, Rikshospitalet University Hospital, Oslo)

Polen: Krystyna Mikiel-Kostyra (Institute of Mother and Child, Warsaw), Hania Szajewska (Department of Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Medical University of Warsaw)

Portugal: members of the National BFHI Committee and of the National Council on Food and Nutrition, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, Parede)

Rumänien: Camelia Parvan (Institute of Public Health, Ministry of Health)

Slowakei: Katarina Chudikova (Ministry of Health), Viera Haľamová (BFHI Coordinator)

Slovenien: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Institute of Public Health), Borut Bratanič (Head, Neonatal Unit, University Medical Centre, Ljubljana)

Spanien: Sagrario Mateu, José M^a Martin Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturias), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Balears), José M^a Arribas Andres, Carmeta Barios (Castilla-Leon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalunya), M^a Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadura), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboursy (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galicia), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarra), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Pais Vasco), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valencia), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M^a Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcia), M^a Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalucia), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castilla-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canarias), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabria), Lluís Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M^a Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas),

Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M^a Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité Nacional, UNICEF)

Schweden: Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen and Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), Kerstin Hedberg Nyqvist (Assistant Professor in Pediatric Nursing, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University), AMNIS (Swedish Breastfeeding Network), Yngve Hofvander (BFHI), Annica Sohlström (Head Nutritionist, National Food Administration)

Schweiz: Eva Bruhin, Clara Bucher (Swiss Foundation for the Promotion of Breastfeeding)

United Kingdom: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Scottish Breastfeeding Group), Anthony F Williams (Senior Lecturer & Consultant in Neonatal Paediatrics, St George's Hospital Medical School, London), Mary Renfrew (Mother and Infant Research Unit, University of Leeds), Janet Fyle (Royal College of Midwives), Fiona Dykes (Reader in Maternal and Infant Health, Department of Midwifery Studies, University of Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust

European Public Health Alliance (a network of over 90 NGOs working in support of health) and EPHA Environment Network

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit -e.V.) and (ENCA, European Network of Childbirth Associations)

Rachel O'Leary and Constance A. Little (European Council of La Leche League)

Wendy Brodribb (Chair, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australia)

Gabriele Kewitz (European Association for Lactation Consultants)

Madeleine Lehmann-Buri (International Lactation Consultants Association)

Margot Mann (Director for External Affairs, International Lactation Consultant Association)

Adenike Grange (President-Elect, International Paediatric Association)

Philip O'Brien (Regional Director, European Office, UNICEF)

III. Kurzzusammenfassung

Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens sind in ganz Europa ein gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges. Niedrige Stillraten und frühzeitiges Abstillen haben wesentliche, negative gesundheitliche und soziale Folgen für Frauen, Kinder, Gesellschaft und Umwelt. Sie führen zu Mehrkosten im nationalen Gesundheitswesen und verstärken das Ungleichgewicht hinsichtlich der Gesundheit. Die globale Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, die von allen Mitgliedstaaten der WHO während der 55. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 verabschiedet wurde, bietet öffentlichen Gesundheitsinitiativen eine Grundlage für den Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens.

Langjährige Erfahrung zeigt eindeutig, dass das Stillen nur durch konzertierte und koordinierte Aktionen geschützt, gefördert und unterstützt werden kann. Dieser Aktionsplan, der von Stillexperten aus der gesamten EU und daran angeschlossenen Ländern sowie den wesentlichen Interessenvertretern einschließlich der Mütter geschrieben wurde, versteht sich als Modell, das ausführt, was ein nationaler oder regionaler Plan beinhalten und was umgesetzt werden sollte. Er umfasst gezielte Maßnahmen oder Maßnahmenpakete mit belegter Wirksamkeit. Es besteht die Hoffnung, dass durch die Anwendung des Aktionsplanes europaweit eine Verbesserung der Stillpraktiken und der Stillraten (Beginn, ausschließliches Stillen und Stilldauer) erreicht werden wird; dass es mehr Eltern geben wird, die eine überzeugende, zufrieden stellende Stillfahrung erleben und dadurch in ihrem Selbstvertrauen bestärkt werden; dass es Gesundheitspersonal mit verbesserter Qualifikation und mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz geben wird.

Vorhandene Budgets, Strukturen, personelle und organisatorische Mittel müssen bei der Entwicklung von nationalen und regionalen Aktionsplänen auf der Grundlage dieses Aktionsplanes berücksichtigt werden. Aktionspläne sollten auf klaren Richtlinien, fester Führung und angemessener Finanzierung basieren. Spezielle Aktivitäten zum Schutz, zur Förderung und Unterstützung des Stillens sollten durch einen effizienten Plan zur Information, Ausbildung und Kommunikation und eine angemessene Schulung in der Aus- und Fortbildung unterstützt werden. Monitoring und Auswertung sowie wissenschaftliche Untersuchungen zu vereinbarten Arbeitsschwerpunkten sind wichtig für eine effektive Planung. In sechs Abschnitten empfiehlt der Aktionsplan Ziele für alle diese Maßnahmen, identifiziert Verantwortlichkeiten und zeigt, mit welchen Parametern die Ergebnisse beurteilt werden können.

1. Leitlinien und Planung

Eine umfassende nationale Leitlinie sollte auf der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern basieren und in alle Gesundheitsrichtlinien mit aufgenommen werden. Unter Umständen sind besondere Leitlinien notwendig, um Ungleichheiten für sozial benachteiligte Gruppen und Kinder in schwierigen Situationen abzumildern. Berufsverbände sollten dazu aufgefordert werden, Empfehlungen und Praxisleitlinien auf der Grundlage der nationalen Leitlinien herauszugeben. Von den entsprechenden Ministerien und Gesundheitsbehörden sollten lang- und kurzfristige Pläne ausgearbeitet werden, in denen auch entsprechend qualifizierte Koordinatoren und interdisziplinäre Komitees ernannt werden. Zur Umsetzung der Pläne müssen ausreichende personelle und finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

2. Information, Ausbildung und Kommunikation (IAK)

Angemessene IAK ist unerlässlich für den Wiederaufbau einer Stillkultur in den Ländern, in denen die Fütterung mit künstlicher Säuglingsnahrung über Jahre und Generationen hinweg als Norm angesehen wurde. Die IAK-Botschaften für Einzelpersonen und für die Gesellschaft müssen mit den Leitlinien, Empfehlungen und Gesetzen ebenso übereinstimmen wie mit der Praxis im Gesundheitssektor und im sozialen Bereich. werdende und junge Eltern haben ein Recht auf vollständige, korrekte und optimale Informationen zur Säuglingsernährung. Dazu gehören auch Anleitungen für eine sichere, altersgerechte und angemessene Einführung von Beikost, so dass die Eltern eine informierte Entscheidung treffen können. Persönliche und direkte Einzelberatung durch ausreichend ausgebildetes Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen müssen gewährleistet sein. Die besonderen Bedürfnisse der Frauen, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie stillen werden, am geringsten ist, müssen erkannt und aktiv angegangen werden. Die Verteilung von Werbematerialien zur Säuglingsernährung von Herstellern und Vertreibern von Produkten, die unter

den Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten fallen, sollte verhindert werden.

3. *Schulung*

Die Aus- und Fortbildung des Personals in allen Gesundheitsbereichen muss verbessert werden (Pre-Service und In-Service). Die Lehrpläne und das Wissen über das Stillen und das Stillmanagement müssen ebenso wie die Fachbücher überarbeitet und (weiter) entwickelt werden. Evidenzbasierte Kurse sollten dem gesamten in diesem Bereich tätigen Personal angeboten werden, insbesondere denen, die in vorderster Linie in der Wochenbett- und Kinderpflege arbeiten. Hersteller und Vertreiber von Produkten, die unter den Internationalen Kodex fallen, sollten keinen Einfluss auf das Schulungsmaterial und die Aus- und Weiterbildung haben. In den entsprechenden Bereichen tätiges Gesundheitspersonal sollte angehalten werden, Weiterbildungskurse zu belegen, die nachgewiesenermaßen die Kriterien für eine höchstmögliche Praxiskompetenz erfüllen.

4. *Schutz, Förderung und Unterstützung*

Der Schutz des Stillens basiert in weiten Teilen auf der vollständigen Umsetzung des Internationalen Kodex, einschließlich Mechanismen zur Verfolgung und Ahndung von Kodexverletzungen und einem von kommerziellen Interessen unabhängigen Überwachungssystem und auf Mutterschutzgesetzen, die es allen berufstätigen Müttern ermöglichen, sechs Monate ausschließlich zu stillen und anschließend weiter zu stillen. Die Förderung hängt davon ab, dass die nationalen Richtlinien und Empfehlungen auf allen Ebenen von den Gesundheits- und Sozialdiensten so umgesetzt werden, dass Stillen als Norm empfunden wird. Wirkungsvolle Unterstützung verlangt das engagierte Eintreten für die Einführung von Standards für die bestmögliche Praxis in allen Einrichtungen für Entbindungen und zur Kinderpflege. Auf individueller Ebene bedeutet dies, dass alle Frauen möglich ist, Dienstleistungen in Anspruch nehmen können, die das Stillen unterstützen. Dazu gehört die Hilfe durch ausreichend qualifiziertes Gesundheitspersonal und Laktationsberater/innen, Laienberaterinnen und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen. Die familiäre und gesellschaftliche Unterstützung durch lokale Projekte und gemeinschaftliche Programme, in Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und öffentlichen Diensten sollte gefördert werden. Das Recht der Frauen, zu jeder Zeit und an jedem Ort zu stillen, wenn es erforderlich ist, muss geschützt werden.

5. *Monitoring*

Maßnahmen zur Überwachung und Begutachtung sind wesentlich für die Umsetzung des Aktionsplanes. Um die Vergleichbarkeit von Merkmalen wie Stillbeginn, ausschließlichem Stillen und Stilldauer sicher zu stellen, müssen die Begutachtungen anhand von standardisierten Merkmalen, Definitionen und Methoden erfolgen. Es gibt in Europa derzeit noch keine einheitliche Terminologie. Deshalb ist es dringend notwendig, eine Übereinstimmung zu erzielen und zweckmäßige Anleitungen herauszugeben. Die Kontrolle und Bewertung der Praxis in den Gesundheits- und Sozialdiensten, der Umsetzung von Richtlinien, Gesetzen und Codices, der Verbreitung und Effektivität von IAK-Maßnahmen und der Teilnahme an und der Auswirkungen von Schulungsmaßnahmen sollte ein unverzichtbarer Bestandteil von Aktionsplänen sein. Hierfür sollten standardisierte Beurteilungskriterien verwandt werden.

6. *Forschung*

Es muss analysiert werden, wie sich die Vermarktungsstrategien in Hinblick auf den Internationalen Kodex, eine umfassendere Mutterschutzgesetzgebung, den verschiedenen IAK-Vorgehensweisen und –Maßnahmen und allgemein den Initiativen des öffentlichen Gesundheitswesens auswirken. Die Maßnahmen müssen hinsichtlich des Verhältnisses von Kosten zu Nutzen und von Kosten zu Wirkungsamkeit sowie in Bezug auf die Durchführbarkeit weiter untersucht werden. Die Qualität der Untersuchungsmethoden muss deutlich verbessert werden. Dies gilt besonders für ein angemessenes Studiendesign, eine konsequenten Verwendung von standardisierten Definitionen der verschiedenen Ernährungsformen und bei Bedarf dem Einsatz von angemessenen qualitativen Methoden. Ethikrichtlinien sollen sicherstellen, dass jegliche konkurrierende oder wirtschaftliche Interessen ausgeschlossen sind. Die Offenlegung von und der Umgang mit möglichen Interessenskonflikten der Forscher ist überaus wichtig.

IV. Einführung

Der Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens sind ein gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges, weil:

- Stillen die natürliche Form zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern ist. Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten sichert auf optimale Weise Wachstum, Entwicklung und Gesundheit. Daran anschließend trägt das Stillen zusammen mit angemessener, ergänzender Beikost, zur Ernährung, Entwicklung und Gesundheit des Säuglings und Kleinkindes bei.
- Das Stillen wird nicht überall gefördert und unterstützt. Viele Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens arbeiten auf eine Art und Weise, die den Stillbeginn und das Weiterstillen häufig behindert. Das führt dazu, dass nicht allen Kindern in Europa dieser ideale Start ins Leben geboten wird.
- Niedrige Stillraten und frühzeitiges Abstillen haben wesentliche, negative gesundheitliche und soziale Folgen für Frauen, Kinder, Gemeinschaft und Umwelt. Sie führen zu Mehrkosten im nationalen Gesundheitswesen und verstärken das Ungleichgewicht hinsichtlich der Gesundheit.¹

„Gäbe es einen neuen Impfstoff, der jedes Jahr den Tod von einer Million oder mehr Kindern verhindern könnte, der zudem billig, sicher und oral zu verabreichen ist und keine Kühlkette benötigt, würde er sofort zur zwingenden Notwendigkeit für die öffentliche Gesundheit erklärt. Stillen vereint all dies und noch mehr, doch es braucht eine eigene funktionstüchtige Kette der Unterstützung – die sachkundige Betreuung der Mütter, um ihnen Zuversicht zu vermitteln, ihnen zu zeigen, was zu tun ist und sie vor schädlichen Praktiken zu bewahren. Wenn diese Kette der Unterstützung in einer Kultur verloren gegangen ist oder Schaden genommen hat, dann muss dies durch das Gesundheitswesen wieder gut gemacht werden.“²

Der Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens gehören eindeutig zu den Menschenrechten. In Artikel 24 der von der Generalversammlung der Vereinten Nationen 1989 verabschiedeten Konvention für die Rechte des Kindes (CRC),³ die bisher von allen Ländern außer den USA und Somalia ratifiziert wurde, heißt es: *„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an ... Die Vertragsstaaten bemühen sich, die volle Verwirklichung dieses Rechts sicherzustellen, und treffen insbesondere geeignete Maßnahmen, um ... sicherzustellen, dass allen Teilen der Gesellschaft, insbesondere Eltern und Kindern, Grundkenntnisse über die Gesundheit und Ernährung des Kindes, die Vorteile des Stillens, die Hygiene und die Sauberhaltung der Umwelt sowie die Unfallverhütung vermittelt werden, dass sie Zugang zu der entsprechenden Schulung haben und dass sie bei der Anwendung dieser Grundkenntnisse Unterstützung erhalten.“*

Initiativen des öffentlichen Gesundheitswesens zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens sollten auf der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern, die von allen Mitgliedsstaaten der WHO an der 55. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 verabschiedet wurde, basieren.⁴ Die Globale Strategie beruht auf dem Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten⁵ und den darauffolgenden relevanten WHA-Resolutionen,^a der Innocenti-Deklaration zum Schutz, der Förderung und Unterstützung des Stillens⁶ und der WHO/UNICEF-Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI).⁷ Die Globale Strategie steht im Einklang mit der FAO/WHO Welt-Deklaration und Aktionsplan für Ernährung.⁸ Die besonderen Bedürfnisse von Kindern in schwierigen Lebensbedingungen^b werden von der Globalen Strategie besonders berücksichtigt und sie schließt Richtlinien für die altersgerechte und angemessene Einführung von

^a Der Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und die darauffolgenden relevanten WHA-Resolutionen werden in diesem Dokument als Internationaler Kodex bezeichnet.

^b Es wird empfohlen, dass sich die EU-Länder und/oder Organisationen mit Sitz in der EU an die Operativen Richtlinien zur Säuglingsernährung in Krisensituationen halten, wenn sie humanitäre Hilfe in anderen Ländern leisten oder Flüchtlinge oder Asylbewerber in EU-Ländern mit Nahrungsmitteln unterstützen.⁹

Beikost ein. Im First-Action-Plan für Nahrungs- und Ernährungsrichtlinien des Europäischen WHO-Büros für 2000 bis 2005 wird ebenfalls betont, dass Stillen eine Priorität darstellt.¹⁰

Die Wichtigkeit des Schutzes, der Förderung und der Unterstützung des Stillens wurde wiederholt in wichtigen Dokumenten der Europäischen Union (EU) betont. Das Projekt EURODIET empfiehlt dringend die Überprüfung der bestehenden Aktivitäten und die Entwicklung und Umsetzung eines EU-Aktionsplanes für das Stillen aus.¹¹ In Fortsetzung von EURODIET betont die so genannte „Französische Initiative“ zur Ernährung die Notwendigkeit von Aktionen zur Überwachung und Förderung des Stillens.¹² Die Französische Initiative führte zu der Resolution über Ernährung und Gesundheit des Europarates im Dezember 2000, in der das Stillen offiziell als ein gesundheitspolitisches Thema ersten Ranges anerkannt wurde.¹³

Der vorliegende Aktionsplan zum Stillen in Europa und die damit verbundenen Dokumente^{14,15} sind eine logische Weiterentwicklung dieser Projekte, Vorschläge, Resolutionen und Aktionspläne für Richtlinien und bietet ein praktisches Werkzeug, mit der Absicht, die Bestrebungen all dieser Initiativen zum ersehnten Erfolg zu bringen.

Warum brauchen wir diesen Aktionsplan?

Obwohl es schwierig ist, die verfügbaren Daten auszuwerten, ist es offensichtlich, dass die Stillraten und Stillpraktiken in den EU-Ländern weit hinter den besten evidenzbasierten Empfehlungen zurückbleiben.^{4,16} In der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern heißt es: *„Als weltweite Gesundheitsempfehlung sollten Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden, um optimales Wachstum, Entwicklung und Gesundheit zu erreichen. Um dem danach ansteigenden Nahrungsbedarf gerecht zu werden, sollten Säuglinge ihren Ernährungsbedürfnissen angemessene und sichere Beikost erhalten und bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus weiter gestillt werden.“*

Ausgiebige Erfahrung zeigt eindeutig, dass das Stillen nur durch konzertierte und koordinierte Aktionen geschützt, gefördert und unterstützt werden kann. Die EU-Länder koordinieren derzeit ihre Vorgehensweisen in anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens. Derzeit gibt es in Europa keine Koordination der Vorgehensweisen in Bezug auf das Stillen. Es gibt nicht in allen Ländern nationale Richtlinien und Pläne, und selbst wenn es sie gibt, wird manchmal nicht entsprechend gehandelt, oder sie stehen nicht in Einklang mit den allgemein als optimal anerkannten evidenzbasierten Empfehlungen.

Was ist dieser Aktionsplan?

Der Aktionsplan ist ein Modell für einen Plan, in dem Maßnahmen genannt werden, die in einem nationalen oder regionalen Plan enthalten und umgesetzt werden sollten, um das Stillen wirkungsvoll zu schützen, zu fördern und zu unterstützen. In jedem Stadium des Aktionsplans sind Richtlinien, Planung, Management und Finanzierung ebenso notwendig wie Information, Fortbildung und Kommunikation sowie Aus- und Weiterbildung des Personals. Außerdem müssen die Maßnahmen überwacht und bewertet werden. In dem Aktionsplan sind spezifische Maßnahmen und Maßnahmenbündel enthalten und die meisten der empfohlenen Maßnahmen wurden zuvor in Bezug auf den Grad ihrer Evidenz bewertet.¹⁵ Zusätzlich enthält der Aktionsplan Vorgehensweisen, deren Wirksamkeit zwar nicht wissenschaftlich belegt ist, die jedoch von Experten des öffentlichen Gesundheitswesens als wichtiger Beitrag für eine effektive Umsetzung des Aktionsplanes angesehen werden.

Der Aktionsplan stellt ein Modell dar, das an den jeweiligen Bedarf angepasst werden kann. Einige Länder oder Regionen in Europa verfügen möglicherweise bereits über gut koordinierte Strukturen und Vorgehensweisen und arbeiten auf so hohem Standard, dass nur wenige oder gar keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind. In anderen Regionen hingegen mag es schlecht koordinierte Aktionen geben, die auf Richtlinien und evidenzbasierten Grundlagen beruhen oder auch nicht. Es ist offensichtlich, dass die Maßnahmen des Aktionsplanes in den zuletzt beschriebenen Fällen mehr Anwendung finden müssen. Die im Rahmen dieses Projektes zusammengetragenen Daten weisen darauf hin, dass die Situation in den meisten europäischen Ländern und Regionen irgendwo zwischen diesen beiden Szenarien anzusiedeln ist. Daraus ergibt sich, dass eine sorgfältige Auswahl und Anpassung der Maßnahmen des Aktionsplanes erforderlich ist, um Defizite in einzelnen nationalen und regionalen Richtlinien und Praktiken anzugehen. Der Aktionsplan empfiehlt keine gesamteuropäischen Handlungsstrategien. Dazu müsste die Vielzahl der verschiedenen Strukturen und

Finanzierungsmodelle, die es in allen Ländern gibt, zusammengefasst werden und das ist unmöglich. Handlungsstrategien oder Aktionspläne auf der Grundlage dieses Aktionsplanes können auf nationaler oder regionaler Ebene nur dann Wirkung zeigen, wenn die bestehenden Budgets, Strukturen sowie die personellen und organisatorischen Ressourcen berücksichtigt werden.

Wie wurde dieser Aktionsplan entwickelt?

Der Aktionsplan wurde von einer Gruppe von StillexpertInnen aus allen EU-Ländern und an die EU angebotenen Staaten entwickelt. Innerhalb der Gruppe der an dem Projekt auf nationaler Ebene Beteiligten, waren die wichtigsten Körperschaften des Gesundheitswesens und damit verbundener Berufsvereinigungen, sowie Interessenvertretergruppen einschließlich von Müttern vertreten. Vor der Erstellung des Aktionsplanes analysierte die Gruppe die derzeitige Lage (bestehende Stillraten und Praktiken) in allen teilnehmenden Ländern.¹⁴ Anschließend führte die Gruppe eine gründliche Überprüfung der Stillmaßnahmen sowie eine Analyse der wissenschaftlichen Belege, die diese stützen, durch. So sollten die Lücken zwischen dem, was getan wurde und was noch zu tun wäre, aufgedeckt werden.¹⁵ Der Entwurf des Aktionsplanes wurde dann zur Begutachtung und Überprüfung an eine größere Gruppe von Interessensvertretern übergeben, denen in ihren jeweiligen Ländern eine wichtige Rolle zukommt und die über besondere Kenntnisse verfügen.

An wen wendet sich dieser Aktionsplan?

Ziel des Aktionsplanes ist die Information der wichtigsten Entscheidungsträger des öffentlichen Gesundheitswesens und Regierungsgremien, die mit Frauenfragen, Kinderfürsorge und Bildung in der EU und anderen an diesem Projekt teilnehmenden Ländern befasst sind. Er ist auch darauf ausgerichtet, eine Zusammenarbeit zwischen alldenjenigen anzuregen, die im öffentlichen oder privaten Bereich tätig sind, einschließlich den NGOs, die eine wichtige Rolle beim Schutz, der Förderung und der Unterstützung des Stillens spielen. Es ist auch eine Kurzfassung des Aktionsplanes zur Information der allgemeinen Bevölkerung und der Medien verfügbar.

Wie kann dieser Aktionsplan eingesetzt werden?

Nationale und regionale Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbehörden können die entscheidenden Aspekte des Aktionsplanes auf die Entwicklung oder Überarbeitung ihrer nationalen und regionalen Stillrichtlinien und Initiativen, einschließlich der Handlungsstrategien, anwenden. Die Umsetzung und Auswertung der auf dem Aktionsplan beruhenden regionalen und nationalen Aktionspläne fällt in die Verantwortlichkeit der entsprechenden dafür zuständigen Behörden bis hin zur kommunalen Ebene und der Gesundheitseinrichtungen. Ein wesentlicher Teil des Prozesses wird darin bestehen, die Zustimmung der einschlägigen Körperschaften zu einer Zusammenarbeit bei der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen zu erlangen. Zu diesen Körperschaften gehören Krankenhausbehörden und öffentliche Gesundheitsbehörden, nationale und regionale Regierungsabteilungen, einschlägige Berufsorganisationen, NGOs, Schulen, Fachschulen, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände und viele andere. In dem Aktionsplan werden auch Maßnahmen zur Feststellung der Ergebnisse und Folgen vorgeschlagen. Fortschritt und Verlaufsindikatoren sollten darauf aufbauen, wenn nationale und regionale Strategiepläne entwickelt werden.

Welches Ergebnis wird von diesem Aktionsplan erwartet?

Es besteht die Hoffnung, dass durch die Anwendung des Aktionsplanes europaweit eine Verbesserung der Stillpraktiken und der Stillraten (Stillbeginn, ausschließliches Stillen und Stilldauer) erreicht werden wird; dass es mehr Eltern geben wird, die zuversichtlich und eigenständig sind und das Stillen als befriedigend erfahren; dass es Gesundheitspersonal mit verbesserter Qualifikation und mehr Zufriedenheit am Arbeitsplatz geben wird. Das Erreichen dieser erhofften Ergebnisse wird die Umsetzung einer Reihe von nationalen und lokalen Still-Aktionsplänen nach sich ziehen, die angemessen ausgestattet und bei Bedarf regelmäßig überprüft und aktualisiert werden

In dem Aktionsplan wird anerkannt, dass Mütter, die sich, nachdem sie vollständige, korrekt und optimale Informationen zur Säuglingsernährung erhalten haben, für eine Ernährung ihrer Säuglinge mit künstlicher Säuglingsnahrung entscheiden, in ihrem Entschluss respektiert werden sollten. Sie sollten jegliche notwendige Unterstützung und außerdem fachkundige Informationen über das Was, Wann und Wie der Beikosteneinführung erhalten. Bonding und Nähren umfassen mehr als Stillen und deshalb sollte jegliche Unterstützung der Mutter über das Stillen hinaus gehen, um den Aufbau einer optimalen Beziehung zu ihrem Kind zu fördern.

Überblick über die derzeitige Situation^c

Wie bei der Begutachtung der Situation im Verlauf dieses Projektes festgestellt wurde, bestehen in den 29 Ländern extreme Unterschiede. Dennoch lassen sich eine Reihe von allgemeinen Schlussfolgerungen ziehen:

- In den meisten Ländern werden Daten gesammelt. Allerdings sind die erhobenen Stilldaten häufig widersprüchlich, manchmal ungenau und oftmals unvollständig. Die verwendeten Definitionen und Methoden unterscheiden sich zwischen den Ländern. Es konnte kein Beleg für die Anwendung eines einzigen standardisierten Datenerfassungssystems quer durch Europa gefunden werden.
- Trotz der Schwierigkeiten, die verfügbaren Daten auszuwerten, ist es offensichtlich, dass die Stillraten und Stillpraktiken generell hinter den Empfehlungen von WHO und UNICEF zurückbleiben. Tatsächlich werden auch die Ziele und Empfehlungen, die in nationalen Richtlinien und durch Berufsverbände vorgeschlagen werden, nicht erreicht. In einigen Ländern ist die Anzahl der Frauen, die mit dem Stillen beginnen, sehr niedrig. Doch selbst in Ländern mit hohen Stillbeginnraten gibt es einen deutlichen Abfall der Stillraten in den ersten sechs Monaten. Die Zahl der mit sechs Monaten ausschließlich gestillten Säuglinge ist überall in Europa niedrig.
- Die Gesundheitssysteme in den europäischen Ländern haben die Ausstattung und das Potential, um das Stillen durch fächerübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit und Engagement wirkungsvoll zu schützen, zu fördern und zu unterstützen. Doch nur 18 der an diesem Projekt beteiligten Länder haben nationale und/oder regionale Leitlinien und, mit Ausnahme von fünf Ländern, erfüllen diese Richtlinien nicht die derzeitigen besten Praxisstandards, wie sie in den Empfehlungen der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern ausgeführt sind. Gemeinsame EU-Empfehlungen fehlen.
- Viele Länder müssen erst noch die Ziele und Zielsetzungen, die von der Innocenti-Deklaration für 1995 aufgestellt wurden, erreichen.^d Einige Länder sind schon weiter vorangekommen als andere und verfügen über einen nationalen Koordinator oder eine nationale Stillkommission (doch oft ohne ausreichende finanzielle oder sonstige Ausstattung, um die verlangten notwendigen Veränderungen zu erreichen), eine aktive Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) sowie einige Mutterschutzgesetze und Gesetze zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Andere Länder hinken hinterher. Allgemein scheint es an der Bereitschaft zu mangeln, Stillinitiativen ausreichende Gelder zuzuweisen.
- Die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) (und andere Initiativen, die evidenzbasierte Veränderungen der Vorgehensweisen in Krankenhäusern fördern) sind in vielen Ländern eingeführt, aber nur wenige Länder haben eine breit gestreute Teilnahme im gesamten Bereich der Entbindungspflege erreicht. In einigen Ländern hat bislang noch keine der Entbindungskliniken den Standard für die Auszeichnung Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) erreicht. In einigen Ländern beginnt sich die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) über den Bereich der Mutterschaftssorge hinaus auszudehnen, so dass auch Gemeindegesundheitsdienste und Kinderkliniken mit eingeschlossen werden.
- Die Lehrpläne für die Aus- (Pre-Service) und Fortbildung (In-Service) des Gesundheitspersonals scheinen im Allgemeinen nicht geeignet, die zur Unterstützung des Stillens notwendige Kompetenz zu gewährleisten. Diejenigen, die in der Ausbildung Stillwissen und Fertigkeiten vermitteln müssen, selbst ausreichend geschult werden.
- Qualitätskontrollierte Aus- und Fortbildungskurse werden nur selten genutzt. Die Schulungsmaßnahmen, die für die Aus- und Fortbildung existieren, müssen hinsichtlich ihrer

^c Weitere Einzelheiten Zitat ¹⁴

^d Die vier praktischen Ziele der Innocenti Deklaration für 1995 waren: 1) einen nationalen Stillkoordinator zu ernennen und ein nationales fachübergreifendes Stillkomitee einzurichten; 2) sicher zu stellen, dass jede Einrichtung, die Schwangeren- und Mütterberatung anbietet, sich vollständig an die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ hält; 3) Maßnahmen zu ergreifen, die dem Ziel aller Artikel des Internationalen Kodex in seiner Gesamtheit Wirkung verleihen; und 4) eine Gesetzgebung zu schaffen, die das Recht berufstätiger Frauen zu stillen schützt, und für die Umsetzung dieser Gesetze zu sorgen.

Effektivität bewertet werden, und ihre Inhalte bei Bedarf überarbeitet oder auf den neusten Stand gebracht werden. Nur in einem Land gab es eine Bewertung der Effektivität der lokal erarbeiteten/angepassten Ausbildungskurse.

- In vielen Ländern nimmt die Anzahl der Still- und LaktationsberaterInnen IBCLC (International Board Certified Lactation Consultants) zu. Das kann als Hinweis dafür gelten, dass zunehmend das Bewusstsein wächst, wie sehr deren Wissen und Fähigkeiten benötigt werden.
- Die nationalen Gesetzgebungen zur Regulierung der Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten erfüllen nicht die Anforderungen des Internationalen Kodex. In den meisten EU-Ländern, den angeschlossenen Staaten und EU-Bewerberstaaten findet die EU-Richtlinie von 1991 Anwendung.¹⁷ Diese erfüllt jedoch nicht alle Vorgaben des Internationalen Kodex ab und wurde nicht entsprechend den nachfolgenden, relevanten WHA-Resolutionen aktualisiert. Die Bestimmungen des Internationalen Kodex wurden weder dem Gesundheitspersonal noch der Bevölkerung hinreichend bekannt gemacht. Außerdem fand, außer durch NGOs, die über keine Handhabe zur Verfolgung von Übertretungen verfügen, keine wirkungsvolle Überwachung statt, ob diese Bestimmungen befolgt werden.
- In vielen Ländern gehen die gesetzlichen Bestimmungen zum Mutterschutz in Hinblick auf das Stillen über die Minimalstandards hinaus, die von der Konvention 183 der ILO¹⁸ empfohlen werden, obwohl nur vier Länder diese Konvention bislang unterschrieben haben. Dort, wo die nationale Gesetzgebung nicht den ILO-Standards entspricht, handelt es sich vor allem um die Gewährung von Stillpausen. Doch selbst in Ländern, in denen die Mutterschutzgesetze den ILO-Standards genügen, fallen viele berufstätige Mütter (z.B. Frauen, die bei Antritt des Mutterschaftsurlaubes kürzer als sechs bis zwölf Monate beschäftigt sind, Vertragsarbeiterinnen, unregelmäßig beschäftigte Teilzeitkräfte sowie Auszubildende und Werkstudentinnen) aus dem Rahmen dieser Gesetzgebung heraus.
- Ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen (M2M), Laienberaterinnen (Peer Counsellor)[°] und ehrenamtliche Organisationen gibt es in fast allen teilnehmenden Ländern. Die geographische Verteilung der Dienste ist meist gering bis mittelmäßig, in seltenen Fällen hoch. Die Koordination der verschiedenen Selbsthilfegruppen innerhalb der Länder ist sehr unterschiedlich. Die Verbindungen zum Gesundheitssystem reichten oftmals nicht aus, effektiv in die relevanten, öffentlichen Programme mit einbezogen zu werden und mit ihnen zusammenzuarbeiten.

[°] In diesem Text bedeutet „Laienberatung“ (Peer counselling), die fast immer individuelle Unterstützung von Müttern, durch eine dafür gezielt ausgebildete und häufig als Peer counsellor anerkannte Frau (die nicht immer selbst Mutter ist). Diese Form der Beratung kann als reines Angebot bestehen gemacht oder aktiver beworben werden. Peer Counsellor können sowohl ehrenamtlich als auch gegen Entgelt unter der Aufsicht des Gesundheitsdienstes oder der Behörde, die das Programm erstellt haben, arbeiten. Ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter-Beratung bedeutet, dass Mütter durch erfahrene stillende Mütter einzeln oder in Gruppen Beratung auf ehrenamtlicher Basis erhalten. Einige Gruppen sind eigenständig und schulen selbst und arbeiten eher im Rahmen einer lockereren Organisation. Andere Gruppen (z.B. La Leche Liga, National Childbirth Trust) sind Teil von größeren Organisationen, die hochqualifizierte Ausbildung, regelmäßige Fortbildung, Akkreditierung, ausgezeichnete Stillinformationen in gleicher Weise anbieten wie klar definierte Verantwortungsbereiche und Arbeitsrichtlinien, zu denen auch eine Dokumentation aller Aktivitäten und ein regelmäßiges Berichtswesen gehören.

Einflussfaktoren auf das Stillen

Damit ein Aktionsplan wirkungsvoll und durchführbar ist, müssen die Einflussfaktoren auf das Stillen berücksichtigt werden. Diese Faktoren können wie in der unten stehenden Tabelle in Kategorien eingeteilt werden. Bei der Erstellung von Monitoringprotokollen hinsichtlich Einstellung zum Stillen, Stillpraktiken und Stillraten sollten diese Einflussfaktoren ebenfalls mit in Betracht gezogen werden. Aus den unterschiedlichen Einflussphären dieser Faktoren ergibt sich, dass ihre Auswirkungen innerhalb des Gesundheitssystems und der Gesellschaft auf den passenden Ebenen überprüft und entsprechend gehandelt werden muss.

Mutter, Kind, Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Alter, Geburtenzahl, körperliche und psychische Gesundheit der Mutter • Mutter selbst gestillt, Still Erfahrungen mit vorangegangenen Kindern • Ausbildung, Beruf, soziale Schicht, ethnische Zugehörigkeit, Wohnumfeld • Wissen, Einstellung, Vertrauen in die Stillfähigkeit • Familienstand, Familiengröße, Unterstützung durch Vater/Partner und Familie • Lebensgewohnheiten (Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährung, körperliche Betätigung) • Geburtsgewicht, Gestationsalter, Geburtsmodus, Gesundheitszustand des Neugeborenen • Verfügbarkeit von Vorbildern mit positiver Still Erfahrung
Gesundheitssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Schwangerschaftsbetreuung/Vorsorge und Qualität der Vorsorge • Qualität der Betreuung unter der Geburt und in den ersten Lebenstagen • Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach der Geburt für Mutter und Kind und Qualität dieser Versorgung • Art und Qualität der professionellen Unterstützung im Stillmanagement durch Gesundheitspersonal • Zugang zu Peer Counsellor und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen
Öffentliche Gesundheitsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Stellenwert und finanzielle Unterstützung, die dem Stillen gewährt werden • Offizielle Strategien, Empfehlungen und Pläne • Monitorings- und Überwachungssysteme • Qualität der Aus- und Fortbildung des Gesundheitspersonals • Finanzielle Unterstützung für ehrenamtliche Mutter-zu-Mutter-Beratung • IAK and Einsatz verschiedener Medien zur Befürwortung des Stillens
Gesellschaftliche Regeln und Kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Verankerung und Durchsetzung des Internationalen Kodex • Mutterschutzgesetze und deren Durchsetzung • Verkörperung und Darstellung von Säuglingsernährung und Mutterschaft in den Medien • Hindernisse und Widerstände für das Stillen in der Öffentlichkeit • Vorhandensein und aktive Arbeit von Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen auf Gemeindeebene • Grad des öffentlichen Bewusstseins und Wissen

Überblick über die Beurteilung der Maßnahmen^f

Maßnahmen zum Schutz, der Förderung und Unterstützung des Stillens sollten, wie alle anderen Maßnahmen im Pflegebereich und im Gesundheitswesen, im Idealfall evidenzbasiert sein. Die im Rahmen dieses Projektes durchgeführte Beurteilung über die Maßnahmen hat zusätzlich zu kontrollierten Studien auch Berichte über erfolgreiche Erfahrungen mit berücksichtigt. Das Projekt ist sich bewusst, dass viele Aspekte hinsichtlich Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens, vor allem diejenigen, die nicht mit dem Bereich Gesundheitspflege zusammenhängen, nicht den strengen Bewertungskriterien unterworfen werden können, wie sie von der evidenzbasierten Medizin gefordert werden. Die Maßnahmen wurden in die folgenden Kategorien eingeteilt: Richtlinien und Planung, Information, Ausbildung und Kommunikation, Schulung, und Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens. In jeder Kategorie wurden die Maßnahmen entsprechend der Qualität des Evidenzgrades bewertet.

Die Übersicht führt zu den folgenden Schlussfolgerungen über wirkungsvolle Maßnahmen:

- Die Kombination von mehreren evidenzbasierten Strategien und Maßnahmen im Rahmen von facettenreichen, integrierten Programmen scheint eine synergetische Wirkung zu haben.
- Vielfältige Maßnahmen sind besonders wirkungsvoll, wenn sie sowohl auf die Stillbeginnraten als auch auf die Stilldauer und das ausschließliche Stillen ausgerichtet sind und wenn sie Medienkampagnen, an die örtlichen Gegebenheiten angepasste Programme zur Gesundheitsaufklärung, umfassende Schulung des Gesundheitspersonals und notwendige Veränderungen in den nationalen/regionalen und Krankenhaus-Richtlinien umfassen.
- Der Wirkungsgrad von vielfältigen Maßnahmen wird gesteigert, wenn Laienberatungsprogramme eingeschlossen werden. Dies macht sich vor allem in Bezug auf das ausschließliche Stillen und die Stilldauer bemerkbar.
- Maßnahmen, die sich sowohl auf die Zeit vor der Geburt als auch die Zeit danach erstrecken, scheinen effektiver zu sein, als Maßnahmen, die sich nur auf einen einzelnen dieser Zeiträume konzentrieren. Die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) ist ein Beispiel für eine weitreichende Maßnahme mit erwiesener Wirkung. Die Umsetzung dieser Initiative ist in hohem Maße empfehlenswert.
- Im Gesundheitsbereich sind Maßnahmen dann besonders wirkungsvoll, wenn sie einen kombinierten Ansatz haben: Schulung des Personals, Verpflichtung einer Stillberaterin oder Laktationsberaterin, Bereitstellung von schriftlichem Material für Personal und Patientinnen und Rooming-In.
- Maßnahmen zur Gesundheitsaufklärung haben nur dann eine signifikante Wirkung auf den Stillbeginn und die Stilldauer der Mütter, wenn die derzeitigen Praktiken mit dem, was gelehrt wurde, in Einklang steht.
- Die Verbreitung von Stillinformationen an zukünftige Eltern oder junge Mütter ohne oder mit nur kurzem persönlichen und direktem Kontakt (z.B. auf der Grundlage von Broschüren oder telefonischer Unterstützung) zeigt weniger Wirkung als die Weitergabe von Informationen im ausgiebigen, direkten und persönlichen Kontakt. Die ausschließliche Verwendung von Druckschriften ist von allen Maßnahmen am wenigsten wirkungsvoll.
- Der Wirkungsgrad von Programmen, die die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus über die Mutterschaftssorge hinaus ausdehnen und darauf setzen, die öffentlichen Gesundheitsdienste und/oder Kinderkliniken mit einzubeziehen, wie diese zur Zeit in einigen Ländern durchgeführt werden, wurde bislang noch nicht bewertet. Doch diese Programme beruhen auf einer Kombination von Maßnahmen, die für sich allein gut evidenzbasiert sind.
- Die Entwicklung und Durchsetzung von Gesetzen, Kodizes, Anweisungen, Richtlinien und Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen (national, regional) und in verschiedenen Umgebungen (Arbeitsplatz, Krankenhaus, Gemeinde) stellen wichtige Maßnahmen dar. Doch es ist derzeit schwierig, deutliche Belege für ihre Wirksamkeit zu erhalten (geringe Studienzahl, überwiegend in facettenreiche Maßnahmen eingebettet).
- Maßnahmen am Arbeitsplatz sind dann besonders effektiv, wenn Mütter sich flexibel für Teilzeitarbeit entscheiden können, ihnen der Schutz ihres Arbeitsplatzes garantiert wird und es Regelungen für Stillpausen am Arbeitsplatz gibt. Diese Regelungen, die auf gesetzlichen

^f Weitere Einzelheiten in der Literatur ¹⁵

Bestimmungen beruhen oder Teil einer stillfreundlichen Arbeitsplatzrichtlinie sein können, schließen Arbeitspausen zum Stillen oder Abpumpen ohne Einkommensverlust ein (bezahlte Pausen), für die der Arbeitgeber angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung stellt.

Bei der Entscheidung zur Umsetzung eines Maßnahmenpaketes müssen zusätzlich zum Wirkungsgrad die Durchführbarkeit und die Kosten erwogen werden. Durchführbarkeit und Kosten sind länder- und regionenspezifisch, denn sie hängen von den örtlichen ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen ab. Für die erfolgreiche Umsetzung von Stillprogrammen ist das politische Engagement wesentlicher als Fragen zu Durchführbarkeit und Kosten. Ohne Zweifel können in einer Situation, in der Geld nicht die wichtigste Rolle spielt, mit höheren Kosten verbundene öffentliche Gesundheitsmaßnahmen aus der Überlegung von (daraus resultierenden) Kostenersparnissen und einem vorteilhafteren Kosten-Nutzen-Verhältnis heraus eher als durchführbar akzeptiert werden. Einige Vorgehensweisen und Maßnahmen können auch dann empfohlen werden, wenn sie nicht deutlich evidenzbasiert sind. Dies gilt im Besonderen für gesetzliche Regelungen und allgemeine Richtlinien, die einer strengen wissenschaftlichen Beurteilung nicht leicht zugänglich sind. Die Meinung und Erfahrung von Experten zeigt jedoch, dass diese Initiativen sich langfristig vorteilhaft auf die Zahl der erfolgreich stillenden Mütter auswirkt.

Letztlich ist ein Programm zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens nicht einfach eine Liste von voneinander unabhängigen Maßnahmen. Die Maßnahmen haben in der Regel viele Facetten, stehen in Verbindung zueinander und ergänzen sich, um den höchstmöglichen kumulativen Gesamteffekt zu erzielen. Die Wirksamkeit von Maßnahmen hängt von ihrer Kontinuität ab, da Veränderungen einer Gesellschaft im Verhalten von Müttern, Familien und Gesundheitspersonal und von der Säuglingsernährung Maßnahmen und Programme voraussetzt, die über ausreichend lange Zeit weiter geführt werden.

V. Der Aktionsplan

1. *Strategien und Planung*

Maßnahmen zum Schutz, der Förderung und der Unterstützung des Stillens sind effizienter, wenn sie in eine umfassende nationale Strategie für Schwangerschaft, Geburt sowie Säuglings- und Kleinkindernährung (IYCF), einschließlich altersgerechter und angemessener Beikost, eingebettet sind, die wiederum in konzertierte und koordinierte nationale und regionale Gesundheitspläne integriert und mit angemessenen Mitteln und umfassendem Management in einem Gesundheitssystem umgesetzt werden, das Gleichheit für die gesamte Bevölkerung bietet.

Ein Plan sollte Ziele setzen, wie zum Beispiel:

- Erhöhung der Zahl der Säuglinge, die ausschließlich und anschließend mit Beikost weiter gestillt werden;
- Das Erreichen des Status Stillfreundliches Krankenhaus in allen Krankenhäusern mit Entbindungsstation;
- Den generellen Zugang zu einer stillfreundlichen Pflege und Betreuung vor und nach der Geburt sicherstellen.

Es können sowohl Ziele für die gesamte Bevölkerung innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens angestrebt werden, als auch Ziele, für die Bedürfnisse besonderer Bevölkerungsgruppen formuliert werden, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie stillen oder das Stillen unterstützen, am geringsten ist. Zum Beispiel:

- Erhöhung der Stillraten für ausschließliches Stillen und weiteres Stillen um das Doppelte bei Müttern mit geringerer Bildung;
- Das Erreichen des Status Stillfreundliches Krankenhaus in 50 % der Lehrkrankenhäuser bis zum Jahr 2010;
- Den generellen Zugang zu einer stillfreundlichen Pflege und Betreuung für Mütter mit niedrigem Einkommen vor und nach der Geburt sicherstellen.

Für das Erreichen eines jeden Ziels können mehrere Zielsetzungen als wesentlich erachtet werden. Für das Ziel „Erhöhung der Stillraten für ausschließliches Stillen und weiteres Stillen“ können zum Beispiel die folgenden Zielsetzungen festgelegt werden:

- Die Interessenvertreter über die Richtlinien und Empfehlungen, die zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillen entwickelt wurden, zu informieren und sie zu deren Umsetzung zu verpflichten.
- Aus- (Pre-service training) und Fortbildung (In-service training) zu verbessern, um sicherzustellen, dass das gesamte Gesundheitspersonal über das notwendige Wissen und die Fertigkeiten verfügt, um das Stillen effektiv zu schützen, fördern und zu unterstützen.
- Die Ausbildung von Laienberaterinnen (Peer counsellors) und den Aufbau von Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen zu unterstützen.
- Das Einrichten eines standardisierten Systems zur genauen, zeitgerechten und umfassenden Datenerfassung und –Verbreitung für Stillraten in unterschiedlichen Altersstufen, für das weltweit vereinbarte Definitionen verwendet werden.
- Mütter und ihre Familien über die Wichtigkeit des Stillen zu informieren und ihnen ein grundlegendes Wissen über das Stillmanagement zu vermitteln.
- Sicherzustellen, dass alle berufstätigen Mütter den Schutz und die Unterstützung durch gesetzliche Regelungen erhalten, den sie brauchen, um sechs Monate ausschließlich stillen zu können.
- Alle Bestimmungen des Internationalen Kodex umzusetzen.

Ziele und Zielsetzungen sind wichtig, denn sie zeigen, was der Aktionsplan erreichen will, und ermöglichen die Entwicklung von Ergebnisindikatoren. Das Erreichen der Ziele und Zielsetzungen hängt von der Effizienz der für die Umsetzung erdachten Handlungspläne ab. Die Zielsetzung „Aus- und Fortbildung zu verbessern“ kann zum Beispiel auf verschiedenen Wegen und mit verschiedenen Maßnahmen und Aktivitäten erreicht werden, je nach dem, wie die Analyse der örtlichen Gegebenheiten und Ressourcen ausfällt. Die Durchführung dieser Maßnahmen und Aktivitäten wird mit Hilfe von angemessenen, in den Handlungsplänen eindeutig festgelegten Indikatoren für den Fortschritt überwacht.

1.1. Strategien

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
1.1.1. Die Entwicklung einer umfassenden nationalen Strategie, basierend auf der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (IYCF) und deren Einbindung in allgemeine Gesundheitsrichtlinien	Zuständige Ministerien, nationale Stillkommissionen und/oder Kommissionen für die Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern	Richtlinie entworfen, fertig gestellt, veröffentlicht und verbreitet
1.1.2. Die Entwicklung von speziellen Strategien für benachteiligte Gruppen und Kinder in schwierigen Umständen, um Ungleichheiten zu verringern	Zuständige Ministerien, Nationale Stillkommissionen	Richtlinie entworfen, fertig gestellt, veröffentlicht und verbreitet
1.1.3. Die Aufforderung an Berufsverbände, Empfehlungen und Praxisleitlinien auf der Grundlage der nationalen Strategien zu erstellen und ihre Mitglieder zu deren Befolgung aufzufordern	Zuständige Ministerien, Berufsverbände	Empfehlungen entworfen, fertig gestellt, veröffentlicht und verbreitet

1.2. Planung

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
1.2.1. Erstellen von Prioritäten, Zielsetzungen und Zielen auf der Grundlage der umfassenden nationalen Strategie	Zuständige Ministerien, Stillkommissionen	Prioritäten, Zielsetzungen und Ziele sind erstellt
1.2.2. Erstellen von langfristigen (5 – 10 Jahre) Strategieplänen innerhalb des nationalen Gesundheitsplans oder Neuplanung nach Evaluation	Zuständige Ministerien, Stillkommissionen	Strategiepläne entwickelt, vereinbart und veröffentlicht
1.2.3. Erstellen von kurzfristigen (1 – 2 Jahre) nationalen/regionalen Handlungsplänen und Neuplanung auf der Grundlage des Monitorings	Zuständige Ministerien, regionale Gesundheitsbehörden	Handlungspläne entwickelt, vereinbart und veröffentlicht
1.2.4. Koordination von Stillinitiativen mit anderen öffentlichen Gesundheitsplänen und Plänen und Aktivitäten zur Förderung der öffentlichen Gesundheit	Zuständige Ministerien, regionale Gesundheitsbehörden	Interne und fächerübergreifende Koordinationskomitees aufgebaut; weitere Pläne und Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitswesens spiegeln die Stillrichtlinien wider

1.3. Management

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
1.3.1. Ernennung eines ausreichend qualifizierten nationalen/regionalen Koordinators mit eindeutig definiertem Auftrag in Bezug auf die Strategien und Planungen	Zuständige Ministerien, regionale Gesundheitsbehörden	Nationale/regionale Koordinatoren designiert und ernannt
1.3.2. Einrichtung einer nationalen/regionalen fächerübergreifenden Stillkommission zur Beratung/Unterstützung der nationalen/regionalen Stillkoordinatoren	Zuständige Ministerien, regionale Gesundheitsbehörden	Nationale/regionale Stillkommissionen eingerichtet
1.3.3. Gewährleistung der Kontinuität der	Zuständige Ministerien,	Regelmäßige Treffen

Aktivitäten der nationalen/regionalen Stillkoordinatoren und Stillkommission	regionale Gesundheitsbehörden	von Stillkoordinatoren und Stillkommission
1.3.4. Regelmäßige Überwachung der Fortschritte und Bewertung der Ergebnisse der nationalen/regionalen Pläne	Stillkoordinatoren und Stillkommissionen	Abfassung von regelmäßigen Fortschrittsberichten und Gutachten

1.4 Finanzierung

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
1.4.1. Zuweisung von ausreichenden personellen und finanziellen Ressourcen für den Schutz, die Förderung und Unterstützung des Stillens ⁸	Regierung, zuständige Ministerien und Behörden	Realistisches jährliches Budget zugewiesen
1.4.2. Sicherstellen, dass Planung, Durchführung, Überwachung und Bewertung der Aktivitäten unabhängig von der Finanzierung von Herstellern und Vertreibern von Produkten, die unter den Internationalen Kodex fallen, erfolgen	Regierung, zuständige Ministerien und Behörden, lokale Gesundheitseinrichtungen	Finanzquellen werden eindeutig und transparent dargelegt

2. Information, Ausbildung und Kommunikation (IAK)

Adäquate IAK ist der springende Punkt, wenn in einem Land, in dem seit vielen Jahren/Generationen die Ernährung mit künstlicher Säuglingsnahrung als Norm angesehen wurde, wieder eine Stillkultur aufgebaut werden soll. IAK-Botschaften müssen mit den Strategien, Empfehlungen und Gesetzen ebenso übereinstimmen, wie mit den Praktiken im Gesundheits- und Sozialbereich. Ein Hauptziel der IAK-Aktivitäten sollte es sein, wie es in der UN Konvention für die Rechte des Kindes betont wird, das Recht auf eindeutige, vollständige und vorurteilsfreie Stillinformation für alle Gesellschaftsschichten zu erfüllen. Stillen ist die normale Art und Weise, Säuglinge und Kleinkinder zu ernähren und aufzuziehen, und sollte weltweit so dargestellt werden. werdende und junge Eltern haben ein Recht auf vollständige, korrekte und optimale Informationen zur Säuglingsernährung. Dazu gehören auch Anleitungen zu einer sicheren, altersgerechten und angemessenen Einführung von Beikost, so dass sie eine informierte Entscheidung treffen können.¹⁹

An die Öffentlichkeit und damit auch an die Eltern gerichtete Berichte über den Einsatz von Muttermilch als Indikator für die Umweltverschmutzung sollten vorsichtig formuliert und wissenschaftlich korrekt sein. In solchen Berichten sollten auch die Möglichkeiten enthalten sein, wie Frauen Einfluss auf diese Rückstände nehmen können (Rauchen, Medikamente, Kosmetika, Nahrung) und auf deren Bedeutung hingewiesen werden. Es sollte eindeutig die Tatsache ausgesprochen werden, dass es nicht die Lösung ist, das Stillen durch künstliche Säuglingsnahrung zu ersetzen, sondern dass Umweltverschmutzungen verhütet werden müssen.

2.1. IAK für Einzelpersonen

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
2.1.1. Müttern individuelle Einzelberatung durch ausreichend geschultes Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor) und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen zu bieten	Zuständige Gesundheitsbehörden, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-	Überprüfung des Stillwissens- und der -Fertigkeiten der Mütter und der Art der Übermittlung

⁸ NGOs und ehrenamtliche Organisationen von öffentlichem Interesse und mit Bezug zum Stillen können ebenfalls angemessene finanzielle Mittel zugewiesen werden, wenn Regierungen erkennen, dass ihnen eine wesentliche Rolle zukommt und ihre Aktivitäten für den Schutz, die Förderung und die Unterstützung des Stillens von Bedeutung sind.

	Mutter-Selbsthilfegruppen	dieser Informationen
2.1.2. Zu gewährleisten, dass jegliches IAK-Material, das von Gesundheitsbehörden erstellt und verteilt wird, eindeutige, korrekte und kohärente Informationen enthält, die mit den nationalen und regionalen Richtlinien und Empfehlungen übereinstimmen und zur Unterstützung von persönlichen Einzelberatungen Anwendung finden ^h	Zuständige Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und – Kommissionen, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Die zur Verfügung stehenden Materialien erfüllen die Kriterien diese Zielsetzung; Überprüfung des IAK-Materials und der Vermittlung von Stillinformationen im Einzelkontakt
2.1.3. Zu erkennen, welche besonderen Informationen und Fertigkeiten Erstgebärende, Einwanderinnen, jugendliche sowie allein stehende Mütter, weniger gebildete Mütter und andere Gesellschaftsgruppen, bei denen zur Zeit die geringste Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie stillen werden, benötigen und diese Bedürfnisse direkt anzugehen. Dies schließt Mütter mit vorangegangener schlechter oder nicht erfolgreicher Still Erfahrung ein.	Zuständige Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und – Kommissionen, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	IAK-Leistungen und Materialien entsprechen den hohen Qualitätsansprüchen und sind auf die jeweiligen Bedürfnissen der Klientengruppen abgestimmt
2.1.4. Die Informationsbedürfnisse von anderen Familienmitgliedern und Verwandten, z.B. Partner der Mütter/Vater des Säuglings, Großeltern des Säuglings, Geschwister usw. zu erkennen und anzusprechen	Zuständige Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und – Kommissionen, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Überprüfung der für diese „einflussreichen Anderen“ verfügbaren Materialien und Unterstützung
2.1.5. Sicherzustellen, dass es keine an die allgemeine Bevölkerung gerichtete Anzeigen und andere Werbung für Produkte gibt, die unter den Internationalen Kodex fallen	Zuständige Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und – Kommissionen	Es werden keine kommerziellen Werbematerialien verteilt

2.2. IAK für die Gesellschaft

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
2.2.1. IAK-Pakete zu entwickeln und zu verbreiten, die mit den nationalen Strategien und Empfehlungen übereinstimmen zur Verwendung in Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialdienste, in jeder Schulart, durch Institutionen der Säuglings- und Kinderpflege und die in den Medien verwendet werden können; ⁱ die	Zuständige Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbehörden, Stillkoordinatoren und -Kommissionen, Berufsverbände, NGOs, Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	IAC-Pakete entwickelt und verteilt; Überprüfung der Effizienz des Verteilungssystems für IAK-Pakete

^h IAK-Material für Mütter sollte die Bedeutung des Stillens und die Grundlagen des Stillmanagements einschließlich dem Umgang mit weit verbreiteten Bedenken ebenso beinhalten wie Kontaktadressen für Unterstützung durch Experten im Bedarfsfall.

ⁱ Der Inhalt dieser Pakete sollte flexibel gestaltet sein, um an die besonderen Bedürfnisse der beteiligten Organisationen und deren Zielpublikum angepasst zu werden. Den Informationsbedürfnissen über die Säuglingsernährung von Gesellschaftsgruppen mit geringer Stillwahrscheinlichkeit (z.B. Einwanderer, Jugendliche, Familien mit geringem Einkommen) sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Informationen sollten kostenlos zur Verfügung stehen		
2.2.2. Jegliches Schrift- und Bildmaterial, mit Bezug zur Säuglings- und Kleinkindernährung oder der Rolle der Mutter, sollte das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Monaten und das Weiterstillen bis zum zweiten Geburtstag und darüber hinaus als die normale Art und Weise, Säuglinge und Kleinkinder aufzuziehen, darstellen.	Alle Multi-Media-Organisationen und die Behörden, die mit der Verantwortung für den Inhalt von Büchern, Programmen usw. betraut sind	Informationen mit einer Kurzdarstellung ihrer Verantwortlichkeit an die Multi-Media-Organisationen verteilt; Überwachungsmaßnahmen eingeleitet
2.2.3. Die internationale, nationale oder lokale Weltstillwoche als Gelegenheit zu nutzen, die öffentliche Aufmerksamkeit in verschiedenen Bereichen und in den Medien zu wecken und wichtige Informationen zu verbreiten.	Still-Koordinatoren und Kommissionen, alle zuständigen Interessensvertreter	Berichte über die Weltstillwoche veröffentlicht
2.2.4. Alle Medienorgane zu überwachen, zu informieren und für die Förderung und die Unterstützung des Stillens zu nutzen und zu gewährleisten, dass das Stillen jederzeit als normal und wünschenswert dargestellt wird	Zuständige Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbehörden, Stillkoordinatoren und -Kommissionen, Berufsverbände,	Multi-Media-Kanälen und Netzwerken solide und aktuelle Informationen geliefert und zur Förderung und Unterstützung des Stillens genutzt

3. *Schulung*

Wie bereits in der Schlussfolgerung zur derzeitigen Situation in diesem Text festgestellt,¹⁴ müssen sowohl die Ausbildung als auch die Fortbildung für alle Gesundheitsberufe verbessert werden, ähnlich wie auch bei anderen Themen im Gesundheitsbereich Verbesserungen stattfinden. Eine langfristige Vorgehensweise muss auf entsprechenden Änderungen in den Ausbildungslehrplänen aufbauen. Ist eine solche Schulung effektiv, würde sie mit der Zeit zu einer Verringerung der Kosten für die Stillfortbildung führen. Das Gesundheitspersonal sollte aktuelle Informationen erhalten und medizinische Weiterbildung (CME) durch öffentliche und ehrenamtliche Organisationen und Institutionen, die keinem kommerziellen Einfluss und Druck unterworfen sind.

3.1 **Ausbildung (Pre-Service-Training)**

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
3.1.1. Einen Minimalstandard für Lehrpläne zu erstellen, oder, falls bereits vorhanden, zu überarbeiten (Inhalt, Methodik, Zeit) und für die Kompetenz des Gesundheitspersonals im Bereich Still- und Laktationsmanagement	Vorstände der zuständigen Fakultäten und Lehranstalten für Gesundheitsberufe, Experten mit entsprechender beruflicher Kompetenz, nationale Stillkommissionen	Lehrpläne und Kompetenzstandards entwickelt, aktualisiert und umgesetzt
3.1.2. Lehrbücher und Unterrichtsmaterial zu entwickeln oder, falls bereits vorhanden, überarbeiten und auf den Stand der aktualisierten Standardlehrpläne und empfohlenen Strategien und Praktiken abstimmen	Vorstände und Lehrer der zuständigen Fakultäten und Lehranstalten für Gesundheitsberufe, Berufsverbände	Lehrbücher und Unterrichtsmaterial entwickelt oder aktualisiert und im Gebrauch

3.2 Fortbildung (In-Service-Training)

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
3.2.1. Interdisziplinäre Weiterbildung auf der Basis der Leitlinien von WHO/UNICEF oder anderer evidenzbasierter Kurse für Still- und Laktationsmanagement anzubieten. Dies sollte Teil der Einführung und Fortbildung des gesamten damit befassten Gesundheitspersonals sein, mit besonderem Schwerpunkt auf diejenigen, die direkt im Bereich Mutterschaftsorge und Kinderpflege arbeiten.	Fortbildungsbehörden, Institute für Wochenbett- und Kinderpflege, Schulen für den Bereich Gesundheit, Fortbildungskoordinatoren, Berufsverbände	Es werden praktische Fortbildungsmaßnahmen für das gesamte in diesem Bereich tätige Gesundheitspersonal und regelmäßige Aktualisierung auf der Basis von anerkannten Richtlinien und Kursen angeboten
3.2.2. Unterrichtsmaterial zu entwickeln oder, falls bereits vorhanden, zu überarbeiten, das für solche interdisziplinären Fortbildungen verwendet wird, und dabei zu gewährleisten, dass diese Materialien und Kurse nicht durch Hersteller oder Vertreiber von Produkten, die unter den Internationalen Kodex fallen, beeinflusst werden	Fortbildungsbehörden, Fortbildungskoordinatoren, Schulen für den Bereich Gesundheit, Stillkommissionen, Berufsverbände	Materialien entwickelt und überarbeitet; Protokolle eingesetzt, um zu überwachen, dass es keine Interessenskonflikte in den Inhalten der Unterrichts-Kurse und dem -Material gibt
3.2.3. In diesem Bereich tätiges Gesundheitspersonal dazu aufzufordern, an anerkannten Fortbildungskursen für Laktationsmanagement teilzunehmen und den Titel IBCLC oder eine gleichwertige Qualifikation, die erwiesenermaßen die höchsten Kompetenzkriterien erfüllt, zu erwerben ^j	Fortbildungsbehörden, Arbeitgeber im Gesundheitsdienst, IBLCE, Berufsverbände	Die Zahl der zertifizierten Laktationsberater/innen pro Neugeborenem steigt
3.2.4. E-Networking zwischen Stillexperten zu fördern, um das Wissen und die Fertigkeiten zu verbessern	Berufsverbände, NGO	Mail-Listen, Websites und Diskussionsgruppen angeregt

4. Schutz, Förderung und Unterstützung

Der Schutz des Stillens basiert in weiten Teilen darauf, durch eine vollständige Umsetzung des Internationalen Kodex und der Mutterschutzgesetze Hindernisse zu beseitigen. Schutz vor Diskriminierung des Stillens in der Öffentlichkeit, vor vorurteilsbeladenen Darstellungen in den Medien und Programmen für kostenlose künstliche Säuglingsnahrung für benachteiligte Gruppen spielt ebenfalls eine Rolle.

Die Förderung hängt ab von der Umsetzung der nationalen Strategien und Empfehlungen auf der Basis der Globalen Strategie zur Säuglings- und Kleinkindernahrung, die von allen EU-Ländern auf der 55. Weltgesundheitsversammlung 2002 bestätigt wurde, dem WHO/EURO-Aktionsplan für Nahrungs- und Ernährungsrichtlinien und von wirkungsvoller IAK.

^j Der Titel IBCLC wird erfolgreichen AbsolventInnen eines kompetenzbasierten Examens verliehen, unabhängig davon, an welchem Ausbildungskurs für das Laktationsmanagement sie teilgenommen haben. Das IBLCE-Examen wird seit 20 Jahren weltweit in verschiedenen Sprachen abgehalten. Alle fünf Jahre besteht die Verpflichtung zur Rezertifizierung. Wer auf diese Weise zertifiziert ist, muss sich einem Ethik-Kodex verpflichten und gemäß dem Praxisstandard (für IBCLCs) arbeiten. Eine unabhängige Kommission für Zertifizierungsagenturen hat den IBLCE-Zertifizierungsprozess seit 1988 regelmäßig akkreditiert.

Sowohl stillende Mütter als auch Mütter, die sich dazu entschließen nicht zu stillen, brauchen Unterstützung. Mütter, die sich dafür entscheiden, ihre Säuglinge mit künstlicher Säuglingsnahrung zu ernähren, nachdem sie vollständige, korrekte und optimale Informationen zur Säuglingsernährung erhalten haben, sollten in ihrer Entscheidung respektiert werden und jegliche notwendige Unterstützung erhalten, die sie zur Umsetzung dieser Entscheidung benötigen. Die Familien sollten auch fachkundige Informationen über das Was, Wann und Wie der Beikost erhalten, denn auf diese Weise wird eine gute Ernährung des Säuglings und Kleinkindes unterstützt.^k

Selbst in Ländern mit hohen Raten des Stillbeginns, bleiben die Zahlen über die Stilldauer oftmals hinter dem zurück, was als optimal betrachtet wird, vor allem in Bezug auf das ausschließliche Stillen. Die Zahlen für das ausschließliche Stillen fallen typischerweise kurz nach der Entlassung aus dem Krankenhaus und im Alter von etwa vier Monaten ab. Möglicherweise trifft dies mit der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit außer Haus zusammen oder mit der Annahme, dass dies der passende Zeitpunkt für die Einführung von Beikost sei. In der EU stillen nur wenige Frauen ihre Kinder über zwölf Monate hinaus. Um diese Situation zu verbessern, wird wirkungsvolle Unterstützung benötigt. Solche Unterstützung verlangt nach Engagement und Befürwortung einer sozialen Veränderung und der Rückkehr zu einer Stillkultur auf allen Ebenen. Auf individueller Ebene bedeutet dies, dass alle Frauen Zugang zu Maßnahmen haben, die das Stillen unterstützen, einschließlich Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen und einer kontinuierlichen Betreuung. Frauen, die abstillen ehe sie es tatsächlich wollen, sollten dazu ermutigt und darin unterstützt werden, herauszufinden, warum es dazu kam. Dieses Wissen kann es ihnen erleichtern, zu akzeptieren, dass die Stilldauer kürzer als erwartet war, die Verlust- und Versagensgefühle verringern und ihnen helfen bei einem weiteren Baby länger zu stillen.

4.1 Globale Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.1.1. Richtlinien und Pläne auf der Basis der Globalen Strategie und WHO/EURO-Aktionsplänen umzusetzen	Gesundheitsministerium und andere zuständige Ministerien	Richtlinien und Pläne entwickelt und umgesetzt
4.1.2. Stillrichtlinien und –Pläne in allen Berufsgruppen des Gesundheitswesens, allen Lehranstalten für medizinische Berufe, NGOs, Weiterbildungsinstituten und der allgemeinen Öffentlichkeit bekannt zu machen	Gesundheitsministerium und andere zuständige Ministerien	Das Gesundheitspersonal und die allgemeine Öffentlichkeit sind über die Stillrichtlinien und Aktionspläne informiert

4.2 Der Internationale Kodex

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.2.1. EU-Bestimmungen zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten zu entwickeln, die mindestens alle Bestimmungen und Erzeugnisse, die unter den Internationalen Kodex fallen, einschließen	Europäische Kommission	Bestimmungen entworfen und von den Mitgliedsstaaten akzeptiert
4.2.2. Sicher zu stellen, dass der Internationale Kodex sich in der Haltung der EU bei Sitzungen des Codex Alimentarius widerspiegelt	Europäische Kommission	Codex Alimentarius-Berichte spiegeln diese Haltung wider

^k Für schwangere, HIV-positive Frauen sind informierte Entscheidungen auf der Basis von vorurteilsfreier Information und begleitet von angemessener Unterstützung besonders wichtig. Von der WHO wurden Richtlinien zur Säuglingsernährung im Zusammenhang mit HIV veröffentlicht.²⁰

4.2.3. Auf dem Internationalen Kodex beruhende nationale Gesetze zu entwickeln, einschließlich Möglichkeiten zur Durchsetzung und Verfolgung von Verletzungen. Sowie ein Überwachungssystem einzusetzen, das unabhängig von kommerziellen Interessen ist	Nationale Regierungen, Stillkommissionen, Verbraucherverbände	Nationale Gesetze aktualisiert, Maßnahmen zur Einhaltung in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Internationalen Kodex in Kraft gesetzt
4.2.4. Die vollständige Umsetzung des Internationalen Kodex zu fördern, ehe neue EU-Bestimmungen dies von ihren Mitgliedsstaaten verlangen	Nationale und lokale Regierungen, Stillkommissionen, NGOs	Nationale und lokale Maßnahmen zur Einhaltung in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Internationalen Kodex in Kraft gesetzt
4.2.5. Das Gesundheitspersonal und die Gesundheitsdienste über ihre Verantwortlichkeiten im Rahmen des Internationalen Kodex zu informieren	Schulen für Gesundheitsberufe, Fortbildungsbehörden, zuständige Gesundheitsbehörden	Informationen geliefert
4.2.6. Einen Ethik-Kodex zu entwickeln, der die Kriterien für die individuelle und institutionelle Förderung von Kursen, Unterrichtsmaterialien, Forschung, Konferenzen und anderen Tätigkeiten und Veranstaltungen festlegt, um Interessenskonflikte zu vermeiden, die sich negativ auf das Stillen auswirken könnten	Berufsverbände, akademische Institute und Dienstleister	Kriterien und Richtlinien entwickelt, veröffentlicht und umgesetzt
4.2.7. In der Öffentlichkeit Informationen über die Grundsätze, Ziele und Bestimmungen des Internationalen Kodex und über Maßnahmen zur Überwachung der Durchführung und der Verurteilung von Verstößen zu verbreiten	Nationale und regionale Regierungen, NGOs, Verbraucherverbände	Informationen an die Öffentlichkeit und an die für die Überwachung verantwortlichen Gremien verteilt
4.2.8. Die Verteilung von kostenloser künstlicher Säuglingsnahrung an Familien mit geringen Einkommen dort abzuschaffen, wo sie noch stattfindet und sie durch Anreize und Initiativen zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens bei Familien, die in Armut leben oder auf andere Weise ausgegrenzt sind, zu ersetzen	Nationale und regionale Regierungen, Sozialämter	Die Verteilung von kostenloser künstlicher Säuglingsnahrung an einkommensschwache Familien gestoppt. Für alle Familien passende Anreize und Initiativen zur Unterstützung des Stillens entwickelt und umgesetzt

4.3 Mutterschutzgesetze für berufstätige Frauen

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.3.1. Nationale Gesetzgebungen dort angleichen, wo sie nicht den	Nationale und regionale Regierungen	Gesetzgebungen angeglichen

Minimalstandards der ILO entsprechen ¹		
4.3.2. Sicherzustellen, dass genügend gesetzlicher Rückhalt vorhanden ist, um es berufstätigen Müttern zu ermöglichen, ihre Säuglinge sechs Monate ausschließlich und daran anschließend noch weiterhin (teilweise) zu stillen	Nationale und regionale Regierungen	Wirkungsvolle unterstützende Gesetze erlassen, finanzielle Unterstützung genehmigt
4.3.3. Die Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes auf Frauen auszuweiten, die derzeit keinen Anspruch darauf haben, z.B.: Frauen mit kurzfristigen Arbeitsverträgen, Gelegenheits- und Teilzeitbeschäftigte, Studentinnen und Einwanderinnen	Nationale und regionale Regierungen	Bestimmungen ausgeweitet
4.3.4. Zu gewährleisten, dass Arbeitgeber, Gesundheitspersonal und die Öffentlichkeit vollständig über die Mutterschutzgesetze sowie die Sicherheits- und Gesundheitsschutzbestimmungen für schwangere und stillende Frauen informiert werden	Nationale und regionale Regierungen, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften	Es besteht ein allgemeines Bewusstsein für die Mutterschutzbestimmungen
4.3.5. Arbeitgeber darüber zu informieren, welche Vorteile sich für sie und ihre stillenden Angestellten ergeben, wenn das Stillen nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz gestattet und die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, um dies sicher zu ermöglichen (flexible Arbeitszeiten, Pausen und Räumlichkeiten zum Abpumpen und Aufbewahren der Muttermilch)	Zuständige Ministerien, Gesundheits- und Sozialbehörden, Arbeitgeberverbände, Gewerkschaften	Arbeitgeber über die Vorteile informiert und ausreichende Unterstützung am Arbeitsplatz wird angeboten

4.4 Initiative Stillfreundliches Krankenhaus^m

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.4.1. Sicherzustellen, dass Regierung, Gesundheitsbehörden, Berufsverbände und zuständige NGOs eng mit UNICEF und WHO bei der Umsetzung von BFHI als optimalem Praxisstandard zusammenarbeiten und dass alle Einrichtungen, die Entbindungs- und Kinderpflege anbieten, das Ziel verfolgen, die Auszeichnung „Stillfreundlich“ zu erhalten	Nationale und regionale Regierungen, zuständige Gesundheitsbehörden, Berufsverbände, NGOs, Dienstleister für Wochenbett- und Kinderpflege	BFHI-Kommissionen und –Koordinatoren berufen und BFHI als allgemein anerkannten, herausragenden Leistungsstandard bezüglich des Stillens anerkannt

¹ Die Länder können offensichtlich über die ILO-Standards hinausgehen.

^m Die Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI) wird als vorbildliches Modell angesehen. Auch andere Initiativen oder Programme können eine vorbildliche Vorgehensweise unterstützen. Alle Initiativen müssen hinsichtlich ihrer Effizienz überprüft werden.

4.4.2. Ausreichende Ausstattung (finanziell, personell, zeitlich) und technische Unterstützung für Schulung, Praxisveränderungen, Begutachtungen und Nachbegutachtungen von Krankenhäusern gemäß BFHI zu sichern	Nationale und regionale Regierungen, zuständige Gesundheitsbehörden, Qualitätssicherungskommissionen	Ausreichendes Budget und Personal zugewiesen, um den Pflegestandard gemäß BFHI für alle werdenden Eltern und stillenden Mütter zu erreichen
4.4.3. Krankenhäuser, die derzeit nicht aktiv danach streben, die BFHI-Anerkennung zu erhalten, dazu aufzufordern dennoch sicher zu stellen, dass ihre Praxis denen der optimalen BFHI-Praxisstandards entspricht	Zuständige Gesundheitsbehörden, Qualitätssicherung- und BFHI-Kommissionen	Alle Krankenhäuser/Stationen arbeiten gemäß besten Praxisstandards
4.4.4. Die Umsetzung aller BFHI-Kriterien in den Standard des nationalen Qualitätsanerkennungssystem für Mutterschaftsorge einzubeziehen ⁿ	Zuständige Gesundheitsbehörden, Qualitätssicherungs-, Anerkennungs- und BFHI-Kommissionen	Anerkannte Standards für die Wochenbettpflege schließen alle BFHI-Kriterien ein
4.4.5. Einen systematischen Ansatz zu entwickeln, um Stillinformationen in der Schwangerschaftsbetreuung zu vermitteln, die mit den entsprechenden Schritten von BFHI konform sind	Zuständige Gesundheitsbehörden, Gesundheitsdienstleister, Gesundheitspersonal	Richtlinien für die vorgeburtliche Betreuung erstellt
4.4.6. Väter und Familien mit einzubeziehen, um ausreichende Unterstützung der Mütter nach der Entlassung nach Haus zu gewährleisten	Gesundheitsdienstleister, Gesundheitspersonal	Väter und Familien mit einbezogen
4.4.7. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und anderen Gesundheits- und Sozialpflegeeinrichtungen zu verbessern, um die Umsetzung von Schritt 10 von BFHI zu gewährleisten, d.h. ausreichende Stillunterstützung und -Beratung in den Wochen nach der Geburt	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Qualitätssicherungs- und BFHI-Kommissionen, Laienberaterinnen (Peer counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Weitverbreitete Umsetzung des 10. Schritts der Initiative Stillfreundliches Krankenhaus (BFHI)
4.4.8. Ausreichende Ausstattung und technische Unterstützung für die Ausbildung und Verfahrensänderungen zu gewährleisten, um sicher zu stellen, dass Gesundheits- und Sozialdienste der Gemeinden für Frauen, Säuglinge und Kinder das Stillen fördern und unterstützen	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Berufsverbände	Öffentliche und private Gesundheits- und Sozialdienste fördern und unterstützen das Stillen gemäß den Stillrichtlinien
4.4.9. Die Umsetzung von stillfreundlichen Initiativen über den Bereich der Wochenbettpflege hinaus zu fördern, so dass auch Gesundheits- und	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Qualitätssicherungs- und BFHI-Kommissionen	Pflegemodelle auf der Grundlage von BFHI in anderen Bereichen des Gesundheitswesens und

ⁿ Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens können nicht unabhängig von der Förderung einer Geburt unter physiologischen Bedingungen erreicht werden. Zunehmende Kaiserschnittraten und Geburten unter Narkose, die beide mit Störungen der Bildung der Stillhormone verbunden sind, können den Stillerfolg beeinträchtigen.

Sozialdienste der Gemeinden, Kinderkliniken und –Stationen und Arbeitsstätten eingeschlossen sind		verwandten Dienstleistungssektoren entwickelt und umgesetzt
---	--	---

4.5 Unterstützung durch ausgebildetes Gesundheitspersonal

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.5.1. Sicher zu stellen, dass Mitarbeiter von Gesundheits- und Sozialdiensten, einschließlich ehrenamtlicher Helfer, über die notwendigen Fähigkeiten verfügen, das Vertrauen der Mütter in ihre Stillfähigkeit aufzubauen und wirksame Unterstützung zu bieten	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Agenturen, ehrenamtliche Organisationen und Gesundheitspersonal	Anzahl der MitarbeiterInnen und ehrenamtlichen HelferInnen, die in der Lage sind, kompetente und wirkungsvolle Unterstützung beim Stillen zu geben erfasst
4.5.2. Mitarbeiter dazu aufzufordern und darin zu unterstützen, sich Expertenwissen zur Problemlösung anzueignen, um Frauen mit besonderen Stillschwierigkeiten beizustehen	Zuständige Gesundheitsbehörden, Gesundheitsdienstleister, Gesundheitspersonal	Spezialisten wie zum Beispiel IBCLCs, ausgebildet und eingesetzt
4.5.3. Zu gewährleisten, dass bei Stillproblemen Mütter Zugang zu erschwinglicher Unterstützung durch ausreichend qualifizierte Stillberaterinnen oder anderes kompetentes Gesundheitspersonal haben	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Agenturen und Organisationen, Krankenkassen	Nationale Gesundheitssysteme und/oder freiwillige Krankenversicherungen übernehmen die Kosten für fachliche Stillunterstützung und Laktationsberaterinnen
4.5.4. Bei Bedarf besondere Hilfe für Mütter anzubieten, um Muttermilch für frühgeborene oder kranke Kinder zu liefern oder zu gewinnen, einschließlich Unterstützung bei Fahrten und Übernachtungen, wenn sich das Baby in einer entfernten Spezialklinik befindet; Zugang zu einer anerkannten Milchbank zu schaffen	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Agenturen und Organisationen	Mütter erhalten Hilfe und Unterstützung ohne zusätzliche Kosten
4.5.5. Nationale und regionale Stillkompetenzzentren zu schaffen, die vom Gesundheitspersonal und von Müttern genutzt werden können und freien Zugang zu Internetquellen bieten	Nationale und regionale Gesundheitsbehörden, Stillkommissionen	Zentren aufgebaut, Zugangsinformationen an alle relevanten Gruppen verteilt

4.6 Unterstützung durch geschulte Laienberater/innen und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.6.1. Den Aufbau und/oder die Verbreitung von Unterstützungsangeboten durch geschulte Laienberaterinnen (Peer Counsellor) und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen zu fördern,	Zuständige Gesundheitsbehörden, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-	Schulung/Einrichtung von Laienberaterinnen (Peer Counsellor) und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen in

insbesondere für Frauen mit geringer Stillwahrscheinlichkeit	Mutter-Selbsthilfegruppen	Gegenden, in denen Bedarf besteht
4.6.2. Lehrpläne für die Ausbildung von Laienberaterinnen (Peer Counsellor) und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen zu erstellen oder zu überarbeiten/aktualisieren	Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Lehrpläne und Kompetenzstandards aktualisiert/überarbeitet oder erstellt
4.6.3. Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitspersonal in verschiedenen Einrichtungen und geschulten Laienberaterinnen (Peer Counsellor) und Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen zu stärken	Zuständige Gesundheitsbehörden, Laienberaterinnen (Peer Counsellor), Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Maßnahmen ergriffen, um die Kompetenz von öffentlich bestellten und ehrenamtlichen StillexpertInnen wirkungsvoll zu nutzen

4.7 Unterstützung innerhalb der Familie, der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
4.7.1. Stillende Mütter, ihre Partner und Familien angemessen zu informieren und zu unterstützen und ihnen Kontaktadressen zu anerkannten Stillhilfenetzwerken, sowohl öffentlich als auch ehrenamtlich, zu geben	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor) Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Stillende Mütter und ihre Partner werden routinemäßig auf diese Weise informiert und unterstützt
4.7.2. Förderung der Unterstützung durch die Familie mit Hilfe von öffentlicher Aufklärung und lokalen Projekten und durch Programme auf Gemeindeebene, die auf einer Zusammenarbeit von ehrenamtlichen und öffentlichen Gemeindediensten beruhen.	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor) Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Fächerübergreifende Projekte auf lokaler und Gemeindeebene aufgebaut und begutachtet
4.7.3. Zu erkennen, welche besonderen Informationen und Fertigkeiten Erstgebärende, Einwanderinnen, jugendliche Mütter, alleinstehende Mütter, weniger gebildete Mütter und andere Gesellschaftsgruppen, bei denen zur Zeit die geringste Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie stillen werden, sowie Mütter mit schwierigen oder enttäuschenden Still Erfahrungen benötigen und diese Bedürfnisse direkt anzugehen	Zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden, Gesundheitspersonal, Laienberaterinnen (Peer Counsellor) Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen	Gesellschaftsgruppen mit unterschiedlichen Informations- und Unterstützungsbedürfnissen identifiziert und ihren Bedürfnissen angemessen entsprochen
4.7.4. Stillfreundliche Richtlinien/Einrichtungen in der Öffentlichkeit zugänglichen Bereichen zu fördern und das Recht der Frauen zu schützen, überall und jederzeit zu stillen, wenn sie es wollen	Nationale und regionale Regierungen, zuständige Gesundheits- und Sozialbehörden	Weitverbreitet stillfreundliche Richtlinien/Einrichtungen vorbereitet und entsprechende Gesetze erlassen.

5. *Monitoring*

Um sicher zu stellen, dass ein Aktionsplan Wirkung zeigt, ist ein Monitoring bei der Umsetzung unerlässlich. Bei der Erfassung der Stillraten sollten allgemein anerkannte Methoden der Datenerfassung eingesetzt werden, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die WHO empfiehlt die Verwendung der folgenden Stilldefinitionen:^{21,22}

- Ausschließliches Stillen: Der Säugling erhält ausschließlich die Milch seiner Mutter oder einer Amme oder abgepumpte Milch und keine anderen Flüssigkeiten oder feste Nahrung, außer Vitamine, Mineralstoffe oder Medikamente als Sirup oder in Tropfenform
- Überwiegendes Stillen: Die Hauptnahrungsquelle des Säuglings ist Muttermilch. Der Säugling kann aber auch Wasser, auf Wasser basierende Getränke, orale Rehydrationslösung (ORS), Vitamine, Mineralstoffe oder Medikamente als Sirup oder in Tropfenform oder rituelle Flüssigkeiten (in begrenzter Menge) erhalten. Außer Saft und Zuckerwasser ist im Rahmen dieser Definition keine zur Ernährung dienende Flüssigkeit erlaubt.^o
- Ergänzende Fütterung: Der Säugling erhält sowohl Muttermilch als auch feste (oder breiförmige) Nahrung.
- Kein Stillen: Der Säugling erhält keine Muttermilch.

Daten zu den oben genannten Stillkategorien können in jedem Alter erhoben werden. So könnten zum Beispiel die Daten 48 Stunden nach der Geburt (Erinnerungszeitraum: ab Geburt) erfragt werden und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Hausgeburt oder eine Klinikgeburt handelt, und im Alter von etwa 3, 6 und 12 Monaten (Erinnerungszeitraum: vorangegangene 24 Stunden; es wird angenommen, dass es für Mütter schwieriger ist, sich über einen längeren Zeitraum exakt an die Ernährung ihrer Säuglinge zu erinnern).

Es ist allgemein anerkannt, dass Daten zum derzeitigen Stillstatus, die aufgrund eines Erinnerungszeitraumes von 24/48-Stunden erhoben werden, weniger genau sind, als Daten, die mit intensiveren Methoden (z.B. jede Woche) und langfristig seit der Geburt erhoben wurden. Zu Monitoringzwecken, d.h. mit dem Ziel, umfassende aktuelle Stilldaten zu erstellen, stellen die Daten zum derzeitigen Status den besten Kompromiss zwischen Genauigkeit und Machbarkeit dar. Werden Daten zu Forschungszwecken benötigt, ist eine longitudinale Methode der Datenerfassung erforderlich.

Es wird auch anerkannt, dass die Stillkategorien der WHO keine feineren Unterscheidungen erlauben. So würden gemäß dieser Definitionen sowohl eine Mutter, die gelegentlich eine Flasche mit künstlicher Säuglingsnahrung gibt und daher fast voll stillt, als auch eine Mutter, die gelegentlich stillt und ansonsten fast ausschließlich künstliche Säuglingsnahrung gibt, in die Kategorie „ergänzende Fütterung“ fallen. Außerdem ermöglicht die WHO-Definition der ergänzenden Fütterung nicht zwischen der Ernährung mit und ohne künstlicher Säuglingsnahrung zu unterscheiden. Monitoringsysteme oder erst recht systematische Studien, die zu einem besseren Verständnis von verschiedenen Mustern der Säuglingsernährung führen sollen, müssen unter Umständen noch weitere Kategorien zu den WHO-Definitionen hinzufügen, vorausgesetzt, sie setzen diese überhaupt für internationale Vergleiche ein.

Die Datenerfassung kann auf die Gesamtbevölkerung bezogen sein, z.B. in bereits bestehende nationale oder regionale Untersuchungen über die Gesundheit und das Wohlergehen von Müttern und Kindern integriert werden. Genauigkeit (siehe vorangegangenen Abschnitt), relative Vollständigkeit der erhaltenen Datensätze und die rechtzeitige Veröffentlichung sind für die Interpretation und Verwendung von auf dieser Weise gewonnenen Daten von höchster Wichtigkeit. Die Datenerfassung kann auch auf repräsentativen Befragungen der Bevölkerung beruhen, bei denen die Befragungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. In diesen Fällen müssen die Stichproben repräsentativ für die Zielgruppe sein und die Stichprobengröße muss so berechnet sein, dass sie einen Vergleich zwischen Untergruppen der Bevölkerung und nachfolgenden Befragungen erlauben, falls dies die Zielsetzungen einer geplanten Befragung sind.

Die derzeitige Version der Liste der Gesundheitsindikatoren der Europäischen Gemeinschaft (Stand Februar 2004)^p umfasst:

^o Die Summe von ausschließlichem und überwiegendem Stillen wird volles Stillen genannt.

^p http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf

- Stillen und ausschließliches Stillen mit 48 Stunden;
- Stillen und ausschließliches Stillen mit 3 und 6 Monaten;
- Stillen mit zwölf Monaten;

wie es in anderen EU-Projekten empfohlen wird (Perinatal-, Kinderprojekte sowie öffentliche Gesundheits- und Ernährungsprojekte). Diese Formulierung genügt noch nicht, um standardisierte Definitionen und Methoden zur Datenerfassung zu erzielen. Es sind noch weitere Bemühungen erforderlich, um zu einer Übereinkunft zu gelangen und praktische Anleitungen zu veröffentlichen.

Monitoring und Bewertung der Vorgehensweisen von Gesundheits- und Sozialdiensten und der Umsetzung von Richtlinien, Gesetzen und Kodexen sollten ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil des Aktionsplanes sein. Die Kriterien für die Überwachung der Vorgehensweisen werden an die lokalen Bedingungen und Handlungspläne angepasst werden. Dennoch ist es sinnvoll, zumindest einige allgemeingültige Kriterien einzuschließen, wie sie zum Beispiel von der WHO und UNICEF zum Beispiel für BFHI entwickelt wurden, um so die Vergleichbarkeit innerhalb und zwischen den Ländern sicher zu stellen. Einige Praxisstandards für das Stillen und Leistungsindikatoren können in die Zulassungsverfahren von Gesundheitsdiensten und in Überprüfungen der Umsetzung von nationalen Richtlinien eingebunden werden.

5.1 Stillraten

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
5.1.1. Aufbau eines Monitoringsystems auf der Basis von allgemein vereinbarten standardisierten Definitionen und Methoden	Zuständige Ministerien und Behörden, nationale Statistikämter, Stillkomitees	Überwachungssystem aufgebaut, Daten erfasst und regelmäßig analysiert
5.1.2. Sammeln von Informationen über Alter der Mutter und andere soziale Variablen zusätzlich zu den Stilldaten, die dazu beitragen, Ungleichheiten und sozial benachteiligte Gruppen zu erkennen	Zuständige Ministerien und Behörden, nationale Statistikämter,	Andere relevante Variablen in die Datenerfassungssysteme eingebracht
5.1.3. Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse. Einsatz der Ergebnisse für zukünftige Planung von Stillinitiativen	Zuständige Ministerien und Behörden, nationale Statistikämter, Stillkomitees	Ergebnisse veröffentlicht und verbreitet und für Neuplanung, einschließlich der Verpflichtung, aufgedeckte Ungleichheiten anzusprechen, eingesetzt

5.2 Vorgehensweisen von Gesundheits- und Sozialdiensten

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
5.2.1. Entwurf von Protokollen und Anregung von Verfahren für die regelmäßige Begutachtung von Vorgehensweisen in Kliniken und Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung, basierend auf standardisierten Kriterien für optimale Praxis, wie sie für BFHI von WHO/UNICEF und nationalen/regionalen Kommissionen entwickelt wurden	Zuständige Ministerien und Behörden, BFHI und Qualitätssicherungskommissionen	Regelmäßige Begutachtungsprotokolle und Begutachtungsverfahren für alle Entbindungseinrichtungen und Einrichtungen zur medizinischen Grundversorgung
5.2.2. Einsetzen von routinemäßigen Patienten/Klienten-Befragungen über negative/positive Erfahrungen, um die	Klinikleitungen und Praxisvorstände, Qualitätssicherungskommi	Routinemäßige Patientenbefragungen veranlasst und Protokolle

Qualität der in Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen der Mutterschaftsorge, Kinderarztpraxen und -Kliniken und Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung zu bestimmen	ssionen	eingesetzt, um jegliche suboptimale Praxis, die aufgedeckt wird, anzugehen
5.2.3. Regelmäßige Überwachung und Bewertung von Umfang, Standard und Wirkungsgrad von IAK-Material und Aktivitäten	Zuständige Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und Stillkommissionen	Umfassende Versorgung des Gesundheitspersonals und der Nutzer von Gesundheitseinrichtungen für Mutter und Kind mit qualitativ hochwertigem und regelmäßig überarbeitetem IAK-Material
5.2.4. Überprüfen, ob öffentliches Wissen, Haltung und Praktiken hinsichtlich der Bedeutung des Stillens und der Möglichkeiten, es zu schützen und zu unterstützen, ausreichen	Zuständige Gesundheits-, Sozial-, und Bildungsämter	Umfragen entwickelt, durchgeführt und Ergebnisse veröffentlicht
5.2.5. Überprüfung von Umfang, Verbreitung und Effizienz von Fortbildungen	Fortbildungskammern, Stillkommissionen, Berufsverbände	Fachkunde, Kompetenz und Teilnahme an Schulungen begutachtet
5.2.6. Veröffentlichung und Verbreitung der Ergebnisse. Einsatz der Ergebnisse für zukünftige Planung von Stillinitiativen	Zuständige Ministerien und Behörden, nationale Statistikämter, Stillkomitees	Ergebnisse veröffentlicht und verbreitet und für Neuplanung, einschließlich der Verpflichtung aufgedeckte Probleme anzusprechen, eingesetzt

5.3 Internationaler Kodex, Gesetze und Strategien

Empfohlene Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
5.3.1. Aufbau eines von kommerziellen Interessen unabhängigen Überwachungssystems für die Überprüfung der Einhaltung des Internationalen Kodex, der Aufdeckung und, falls notwendig, der Verfolgung von Kodexverletzungen. Außerdem Information der allgemeinen Öffentlichkeit und der zuständigen Behörden über alle Verletzungen, die in dem Bereich der zuständigen Gerichtsbarkeit stattgefunden haben.	Zuständige Ministerien und Gesundheitsbehörden, Stillkoordinatoren und Stillkommissionen, Verbraucherverbände	Verfahren zur Überwachung (Monitoring) eingesetzt und in Betrieb; regelmäßige Veröffentlichung und Verbreitung der Aufdeckung von Verletzungen des Internationalen Kodex
5.3.2. Überwachung der Umsetzung, von nationalen Richtlinien und Gesetzgebungen, einschließlich den Mutterschutzgesetzen mit Bezug auf das Stillen ⁹ sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Bereich	Nationale und regionale Regierungen, Arbeitgeberorganisationen, Gewerkschaften, NGOs mit öffentlichem Interesse, Berufsverbände	Überwachung (Monitoring) ausgeführt, regelmäßige Veröffentlichung von Beschwerden und Ergebnissen

⁹ Die Regierung und die öffentliche Dienstleistungssektoren sollten generell in diesem Bereich die Führung übernehmen.

6. *Forschung*

Die Entwicklung des Aktionsplanes und noch genauer die Übersicht über die Maßnahmen¹⁵, deckten auf, dass es notwendig ist, einzelne und/oder kombinierte Maßnahmen und ihre Auswirkungen auf die Stillpraktiken weiter zu untersuchen. Vor allem müssen der Effekt von Vermarktungspraktiken im Geltungsbereich des Internationalen Kodex, von umfassenderen Mutterschutzgesetzen, von verschiedenen IAK-Ansätzen und Maßnahmen und ganz generell von den Initiativen des öffentlichen Gesundheitswesens, die nicht durch randomisierte, kontrollierte Untersuchungen beurteilt werden können, näher beleuchtet werden.²³ Alternativ kann eine Randomisierung von Gruppen und Gemeinschaften statt von Individuen erfolgen, auch wenn dies nicht oft durchführbar ist. In diesem Fall sollten andere Arten von kontrollierten Studiendesigns zur Anwendung kommen, zum Beispiel nicht randomisierte kontrollierte Studien oder historische Vorher-Nachher-Studien, bei denen geographische Regionen oder Bevölkerungsgruppen verglichen werden.^{24,25} Das Verhältnis von Kosten und Nutzen, Kosten und Wirksamkeit und die Durchführbarkeit von verschiedenen Maßnahmen müssen ebenfalls weiter untersucht werden.

Die Qualität der Untersuchungsmethoden muss wesentlich verbessert werden, vor allen hinsichtlich:

- Der konsequenten Einhaltung der Verwendung von Standarddefinitionen der Säuglingsernährungskategorien (einschließlich der Erfassungszeiträume) und anderer Variablen.
- Dem Einsatz von zulässigen Kriterien für die Auswahl der Studiensubjekte (Einschluss- und Ausschlusskriterien, keine Selbstauswahl).
- Dem Einsatz, wenn durchführbar, eines angemessenen Studiendesigns (randomisierte, kontrollierte Studie und Intention-to-treat-Analyse (ITA)/Behandlungsabsichtsanalyse)
- Ausreichendem Stichprobenumfang, der den Fragestellungen der durchzuführenden Untersuchung genügt (z.B. zur Aufdeckung statistischer Signifikanz mit engen Konfidenzintervallen)
- Dem angemessenen Umgang mit Störgrößen durch korrekte Faktorenanalyse (umfassende Basisdaten)
- Dem Einsatz von angemessenen qualitativen Methoden, wo erforderlich.

Bei der Durchführung von Untersuchungen ist es wichtig, zu erkennen, dass es weder möglich noch ethisch ist, Mütter nach dem Zufallsprinzip zum Stillen oder Nicht-Stillen einzuteilen. Die Beurteilung der Wirksamkeit von Unterstützungsangeboten für Mütter, einschließlich Mutter-zu-Mutter-Selbsthilfegruppen, muss mit Vorsicht angegangen werden, vor allem bei retrospektiver Betrachtung. Die Nutzer von solchen Angeboten gehören allgemein zu den gesellschaftlichen Gruppen, die mit höchstmöglicher Wahrscheinlichkeit stillen werden, und sind selbstauswählend. Prospektive Untersuchungen in diesem Bereich sollten ebenfalls mit Vorsicht betrachtet werden, da es eine Vielzahl von Einflussfaktoren gibt.

Ethische Grundsätze für die Forschung zum Stillen/zur Säuglingsernährung durch Gesundheitsbehörden, Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe, Schulen und Berufsverbände sollten sicher stellen, dass keinerlei Wettbewerbsinteressen oder kommerzielle Interessen bestehen. Die Offenlegung und der Umgang mit potentiellen Interessenskonflikten von Forschern haben große Bedeutung

6.1 *Forschung*

Zielsetzung	Verantwortlichkeit	Ergebnisse
6.1.1. Die Stillforschung auf der Basis vereinbarter Prioritäten und unter Verwendung von vereinbarten Still-Definitionen und ohne gegenläufige oder wirtschaftliche Interessen zu fördern und zu unterstützen	Europäische Kommission, Regierungen, Forschungsinstitute, Stillkomitees	Jahresbudget für Forschung und dessen Verteilung; Anzahl der Forschungsprojekte und Veröffentlichungen
6.1.2. Den intensiven Wissensaustausch in der Stillforschung zwischen den Forschungsinstituten der	Europäische Kommission, Regierungen, Forschungsinstitute,	Anzahl der gemeinschaftlichen Projekte und

Mitgliedsländer zu unterstützen und sicherzustellen	Stilkomitees, Berufsverbände	Veröffentlichungen
--	---------------------------------	--------------------

VI. Literatur

1. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002. http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
2. A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41
3. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, 1989. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
4. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iyef.pdf
5. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981. http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
6. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration. Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
7. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989.
8. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992. http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
9. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Emergency Nutrition Network, 2001. <http://www.enonline.net/ife/ifeops.html>
10. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001. <http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
11. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
12. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000.
13. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000. <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
14. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
15. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
16. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9
17. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991.
18. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
19. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publications, European Series n. 87 ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000
20. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. WHO, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf

21. World Health Organization. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
22. World Health Organization, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993.
23. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
24. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
25. Des J, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6