

Masterstudiengang “Barrierefreie Systeme –” (BaSys)
an der
Frankfurt University of Applied Sciences

Masterthesis
zur Erlangung des akademischen Grades einer „Master of Science
in Pflege und Sozialwissenschaften:
Case Management für barrierefreies Leben in BaSys“

**Stillen bei Frauen mit
Beeinträchtigungen von
Körperstruktur und Körperfunktion**

Vorgelegt von
Dipl. Pflegewirtin (FH), IBCLC
Birgit Planitz
aus Wiesbaden
Matrikel Nr. 834 112

Erstgutachterin: Prof. Dr. Annegret Horbach
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Christiane Saure

Wiesbaden 05.01.2017

Abstract

Hintergrund: Häufigkeit und Dauer des Stillens bei Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstruktur und Körperfunktion bleiben hinter dem zurück, was im gesundheitlichen Sinne für Mutter und Kind und unter der Perspektive gesellschaftlicher Teilhabe für die Familien wünschenswert wäre. Stillverläufe sind für die Betroffenen häufig frustrierend. Vor dem Hintergrund des Gedankens der Teilhabe liegt hier eine Benachteiligung der untersuchten Gruppe vor.

Methoden: Der aktuelle Stand der Forschung, der Diskurses um Behinderung und die Ergebnisse einer strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse von Studien, die die Sicht der Betroffenen beinhalten, werden zusammengeführt. Auf Grundlage der Systematik der Umweltfaktoren nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO wird ein deskriptives System zur Ordnung der Inhalte entwickelt, das deduktiv-induktiv Kategorien entfaltet, die zur Beschreibung und Diskussion der Ergebnisse dienen.

Ergebnisse: Das soziale Umfeld und insbesondere die Unterstützung durch Angehörige erleichtern den Frauen das Stillen. Der Einsatz von Hilfsmittel wie Kissen ist häufig notwendig, um möglichst ohne Hilfe Dritter das Kind zu stillen. Unwissenheit von Gesundheitspersonal wie beispielsweise die Verordnung nicht stillverträglicher Medikamente führt zum vorzeitigen Entwöhnen der Kinder. Die Doppelbelastung der Mütter durch Erfordernisse ihrer chronischen Erkrankung oder körperlichen Einschränkung kann es ihnen erschweren, eine für alle Beteiligten befriedigende Stillerrfahrung zu machen.

Schlussfolgerungen: In der Beratung und Unterstützung der Familien mit Müttern mit einer körperlichen Beeinträchtigung sollten Faktoren, die zu Ausgrenzung führen, mit berücksichtigt werden. Neben der fachlich fundierten Beratung sollte auch das informelle und formelle Hilfenetz gestärkt werden. Ein Zusammenarbeiten der Akteure über interdisziplinäre und transsektorale Grenzen hinaus ist hierfür erforderlich.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Einleitung.....	4
Motivation.....	4
Hintergründe	5
Methodisches Vorgehen – und was die Leser*innen erwartet	6
2. Stillen.....	7
2.1. Stillen – ‚Best Practice‘ für Mutter und Kind.....	9
2.1.1 Effekte des Stillens auf das Kind.....	9
2.1.2 Effekte des Stillens auf die Mutter	13
2.2 Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – Versuch einer Ist-Analyse.....	14
2.3 Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens	18
3. Beeinträchtigung, Behinderung - mögliche Bedeutungsmuster	22
3.1 Der Begriff der Behinderung	22
3.1.1 „Menschen sind behindert“ - Begriff der ‚Behinderung‘ im SGB IX.....	23
3.1.2 „Menschen mit Behinderung“ - Begriff der ‚Behinderung‘ im UN Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung	24
3.1.3 „Behinderung ist kein Merkmal einer Person“ – Behinderungsbegriff der ICF	25
3.2 Einführung in die Terminologie der ICF.....	26
Praxisbeispiel Natalie und weitere Ausführungen zur ICF	27
3.3 Zum Unterschied zwischen einer „Beeinträchtigung von Körperstrukturen und Körperfunktionen“ und „chronischer Erkrankung“.....	31
4. Als behindert geltende Frauen, Mutterschaft und Stillen – aktueller Forschungsstand	32
4.1 Behinderte Frauen und Mutterschaft	34
4.2 Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur und Körperfunktion und Stillen.....	39
4.2.1 Stillraten und Stilldauer.....	39
4.2.2 Stillverhalten als versorgungsrelevantes Gesundheitsproblem - Auswirkungen auf Mutter und Kind	41

4.2.3 Bedeutung für die Gesellschaft	41
4.3 Eigene Beobachtungen und Zwischenfazit.....	43
5. Analyse des Einflusses von Umweltfaktoren.....	45
5.1 Methodik	45
5.2 Vorläufiges Kategoriensystem.....	48
I. Produkte und Technologien	48
II. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt.....	48
III. Unterstützung und Beziehung.....	49
IV. Einstellungen	49
V. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze.....	50
5.3 Die verwendeten Studien und ihre Auswertung.....	50
6. Ergebnisaufbereitung anhand des Kategoriensystems.....	53
6.1 Förderfaktoren, Ressourcen und Barrieren für das Stillen	54
6.2 Interpretation der Ergebnisse	58
6.3 Schlussfolgerungen für die Beratung und Unterstützung.....	61
7. Resümee und Ausblick	62
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen.....	64
Literaturverzeichnis.....	65
Anhang	72
I. Zusammenfassungen besonders wichtiger Studien (Kap. 4.1)	72
II. Überprüfung der Qualitätskriterien ausgewählter Studien (Kap. 5.3).....	77
III. Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen (Kap. 5.3).....	78
V. Eidesstattliche Erklärung.....	86

1. Einleitung

Motivation

Anlass der vorliegenden Arbeit ist der schriftliche Teil der Abschlussprüfung im Masterstudien-
gang Barrierefreie Systeme mit dem Schwerpunkt Case Management. Die Master-Thesis ist ein
Projekt, welches mir die Gelegenheit gibt, mich intensiv mit einer Thematik auseinander zu set-
zen, die mir bereits länger ein Anliegen ist. Durch die vertiefende Beschäftigung mit dem Thema
Stillberatung seit 2009 und eigenen weiter zurück liegenden unterschiedlichen Erfahrungen als
stillende Mutter entwickelte ich eine besondere Sensibilität für die Bedürfnisse junger Mütter. Als
Still- und Laktationsberaterin (IBCLC¹) verfüge ich hier über einen breiten Wissensschatz eines gut
erforschten Fachgebietes. Innerhalb des Studiums Barrierefreie Systeme wurde im Rahmen von
Case Management meine Achtsamkeit gegenüber Klienten geschärft und das Interesse an Men-
schen, mit unterschiedlichsten Bedürfnissen wurde geweckt.

Mein Anliegen ist es, mit der vorliegenden Arbeit einen Einblick in Umstände zu gewinnen und
aufzuzeigen, welchen Behinderungen durch ihre Umwelt Frauen mit langfristigen körperlichen
Einschränkungen im Rahmen des Stillens ihres Babys ausgesetzt sind. Von dieser Vorannahme ist
meines Erachtens auszugehen, da in nur sehr wenigen Fällen die biologische Voraussetzung für
Stillen oder Ernährung eines Kindes durch Muttermilch nicht gegeben sind. Auch konnte ich selber
vielfach miterleben, wie sich Gegebenheiten in der Familie oder des Gesundheitssystems auf das
Stillen bei Mutter-Kind-Paare auswirken, auch im negativen Sinne. Durch den Austausch mit Kol-
leginnen (IBCLC) konnten zu Frauen mit langanhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen we-
nig Erkenntnisse gewonnen werden, da in den zumeist kleineren Kliniken, in welchen Stillförde-
rung systematisch umgesetzt wird (babyfriendly Hospitals), keine Erfahrungen mit entsprechen-
der Klientel gemacht werden können. Möglicherweise ist hier eine Erklärung, dass Frauen bereits
durch die Grunderkrankung als Risikoschwangere eingestuft werden (Tyer-Viola und Lopez 2014,
S. 26) und dadurch eher in Kliniken der Maximalversorgung mit Perinatalzentrum entbinden. Dies
ließ mich hellhörig werden, werden doch Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen ebenso
Mütter wie Frauen ohne diese Einschränkungen. Die Frauen, die zum Beispiel chronisch krank
sind, tragen ein per se größeres Gesundheitsrisiko. Und im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt
und Wochenbett müssen sie auch ihre eigene gesundheitliche Situation bewältigen, wie bei Epi-
lepsie, Diabetes mellitus oder Querschnittslähmung. In dieser Art körperlich beeinträchtigte Frau-
en haben häufiger Frühgeburten (Sumilo et al. 2012, S. 4) und ihre Kinder sind öfter krank als Kin-

¹ IBCLC steht für International Board Certified Lactation Consultant, das ist der international geschützte Titel für
examinierte Still- und Laktationsberaterinnen. Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen e.V.

der von nicht dauerhaft gesundheitlich belasteten Frauen (ebd., S.5). Stillen könnte ein Ansatz zur Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit dieser Gruppe bedeuten (Vgl. Kap. 4.2.2). Ebenso ist es als Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe der Mutter im Sinne der Ausgestaltung ihrer Mutterrolle zu betrachten, insofern sie sich wünscht, das Kind durch die Brust zu ernähren.

In der gängigen deutsch- und englischsprachigen evidenzbasierten Fachliteratur im Bereich der Stillberatung finden sich nach meiner Recherche und Einschätzung mengenmäßig eher medizinische Hintergründe, Erklärungen und Handlungsempfehlungen für die Beratung von behinderten Frauen. Der medizinische und pharmakologische Bereich wird teils sehr differenziert dargestellt, der soziale Kontext eher vernachlässigt. Ich selber sehe hier auf der einen Seite eine medizinisch notwendige und nützliche Ressource für die betroffenen Frauen, auf der anderen Seite entsteht der Eindruck eines eher defizitorientierten Bildes der betroffenen Zielgruppe. Da mein Wunsch darin besteht, Frauen und ihren Familien als Menschen mit unterschiedlichsten Eigenschaften in ihrer Diversität zu begegnen, war mein erster Eindruck durch die gefundene Literatur enttäuschend. Hieraus entstand der Plan, sich diesem Thema im Rahmen der Master-Thesis zu widmen.

Hintergründe

Im Verlauf der Arbeit konnten für Deutschland keine die Stillraten belegenden Daten und Begründungen zum Stillverhalten der besonders vulnerablen Gruppe der körperlich beeinträchtigten Frauen gefunden werden. Belastbare statistische Daten zu Stillraten liegen lediglich aus Großbritannien vor (Sumilo et al und Redshaw et al). Beide britischen Studien belegen niedrige Stillraten gegenüber nichtbetroffenen Frauen. (s. Kap. 4.2.1) Da sich die allgemeinen Stillraten beider Länder nicht relevant voneinander unterscheiden (s. Kap. 2.2 und 4.2.1), darf davon ausgegangen werden, dass sich die Zahlen in Bezug auf die betroffenen Frauen in Deutschland nicht positiv abheben.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, s. Kap. 3.1.2) fordert explizit zur Erreichung von Chancengleichheit für Frauen in Bezug auf Familie und Gesundheit auf, wie zum Beispiel in Artikel 6 - Frauen mit Behinderung (S. 1426–1427) oder in Artikel 23 – Achtung der Wohnung und Familie. So dürfen Kinder behinderter Eltern von diesen nicht ohne Vorliegen eines zwingenden Grundes (z.B. Kindeswohlgefährdung, Anm. BP) getrennt werden (S. 1435). Und in Artikel 25 - Gesundheit - werden die Vertragsstaaten dazu aufgefordert, die Gesundheitsfürsorge von Diskriminierung freizuhalten und in der Qualität allen gleichberechtigt anzubieten. Gesundheitsberufe erhalten hierzu einen expliziten Auftrag. (S. 1438–1439) Hieraus ergibt sich ein Handlungsauftrag für die unterzeichnenden Länder.

Innerhalb der vorliegenden Arbeit wird der Forschungsstand in Bezug auf das Stillen von behinderten oder chronisch kranken Müttern erhoben. Es stehen folgende Fragen im Mittelpunkt:

- Inwiefern unterscheidet sich das Stillen bei Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur und Körperfunktion vom Stillen bei Frauen ohne jene Beeinträchtigungen quantitativ?
- Liegt ein versorgungsrelevantes Gesundheitsproblem vor? Vgl. (Voigt-Radloff S, Stemmer R, et al 2016, S. 7)
- Welche Erklärungsansätze können für die Sachlage gefunden werden?

Methodisches Vorgehen – und was die Leser*innen erwartet

Ausgangspunkt für alle weiteren Schritte ist mein Vorwissen als Still- und Laktationsberaterin (IBCLC) und der Austausch in der Community. Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit als behindert geltenden Frauen habe ich im Rahmen der Stillberatung nicht machen können, weshalb auf Literatur zurückgegriffen wird, welche auch subjektives Erleben der Betroffenen berücksichtigt.

Um den Forschungsgegenstand der Abschlussarbeit zu konkretisieren, werden im zweiten Kapitel der Begriff ‚Stillen‘ definiert, die Effekte des Stillens auf Mutter und Kind beleuchtet und versucht, Stillen quantitativ zu erfassen und den Kontext der Förderung des Stillens zu beleuchten.

Im dritten Kapitel werden Begriffskonstruktionen rund um ‚Einschränkungen der Körperstruktur und Körperfunktion‘ ausgearbeitet und reflektiert. Um den Forschungsgegenstand der weiteren Arbeit einzugrenzen und die Fragestellungen auszuarbeiten, werden in Kapitel 4. der allgemeine Stand in der Bevölkerungsstatistik zu als behindert geltenden Frauen und der deskriptive zum Stillen von Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur und Körperfunktion beleuchtet. Den Grundsätzen qualitativen Denkens (Mayring 2002, 19f) folgend, beide Ansätze in der Erkenntnisgewinnung miteinander in Zusammenhang zu bringen, werden hier neben hermeneutisch und phänomenologisch gewonnenen Erkenntnissen auch Ergebnisse quantitativer Studien betrachtet. Besonders wichtig erscheint mir durchgängig die Orientierung am Subjekt, also an den betroffenen Frauen/Familien. Nachdem der Gegenstandsbereich definiert wurde, werden am Ende von Kapitel 4.3 und in Kapitel 5. die bis dahin noch nicht beantworteten Forschungsfragen konkretisiert.

Innerhalb der Beschäftigung mit der Thematik finden meinerseits Deutungen statt. Diese basieren im Grunde auf meinem fachlichen Vorverständnis (s.o.), den erarbeiteten Grundlagen aus den Kapiteln 2.-4 und meiner Einstellung zu einer Gesellschaft, in der die Grundsätze von Inklusion gelebt werden. Dem Prinzip der Hermeneutik folgend, also mein Vorverständnis offen zu legen, und es anhand des Materials innerhalb der Arbeit kontinuierlich zu erweitern und somit zu einem erweiterten Gegenstandsverständnis zu gelangen, komme ich innerhalb der Arbeit nach. (Mayring 2002, 29f) An dafür geeigneten Stellen werden Zwischenfazits gezogen und daraufhin das weitere

Vorgehen geplant. Kapitel 5. widmet sich den methodischen Ansätzen, wie aus zur Verfügung stehenden Reports und Fachliteratur Erkenntnisse zusammengeführt werden können. Durch das qualitativ strukturierte Vorgehen werden Hinweise auf Problembeschreibungen und Lösungsansätze für eine bessere Versorgung der Frauen mit ihren Kindern generiert. Diese werden in Kapitel 6. ausgeführt und erläutert. Mit einem inhaltlichen Resümee, Reflektion der Methodik und einem Ausblick auf noch zu tätige Forschungsarbeit schließt diese Arbeit ab.

2. Stillen

Was ist unter ‚Stillen‘ zu verstehen? Als Still- und Laktationsberaterin (IBCLC) habe ich dazu schon zahlreiche Ausprägungen gehört und erlebt: Eine Mutter „stillt“, indem sie ihr Kind an der und durch die Brust ernährt. Ein Kind ‚stillt‘, indem es sein Bedürfnis nach Nahrung und Nähe an ebendieser Brust befriedigt. Dies sind die gängigsten Vorstellungen von ‚Stillen‘. Weiter pumpen Mütter von Frühgeborenen ihre Milch ab, legen das Frühchen an, welches aufgrund von Unreife den komplexen Vorgang des Saugens und Schluckens noch nicht beherrscht, und die Muttermilch wird beim Saugen oder Lecken des Kindes an der Mamille über eine Magensonde verabreicht, auch das ist eine Gangart von ‚Stillen‘. Es gibt aber auch Adoptivmütter, die ihr Kind an der Brust mit Formulanahrung, also künstlicher Säuglingsnahrung, nähren und dabei Nähe und Sicherheit geben, das Kind ‚stillen‘. Daneben wird zunehmend das ‚Stillen‘ durch den Vater diskutiert. 'Stillen' im Sinne von 'beruhigen' - hier ist die Brust entbehrlich. "In dieser Semantik ließe sich also durchaus vom 'stillenden' Vater sprechen, was auf eine Nivellierung des geschlechtlichen Unterschieds hindeutet." (Rückert-John und Kröger 2015, S. 96) Meine bisherige Suche im deutschsprachigen Raum, eine allgemein gültige Definition zu ‚Stillen‘ zu finden, verlief bislang erfolglos.

Um an dieser Stelle aber, und das erscheint mir notwendig, definitorisch Klarheit zu schaffen, soll die Definition von Stillen der WHO dargelegt werden, wenngleich diese in keiner der zahlreichen Studien, welche ich in den letzten Jahren ausgewertet habe, explizit herangezogen wird. Scheint hier wohl das Begriffsverständnis stillschweigend vorausgesetzt zu werden.

"Breastfeeding" heißt bei der WHO das Füttern mit Milch aus der Brust - "Breastmilk" - unabhängig davon, ob dies nun direkt an der Brust oder durch die Brust der Mutter geschieht. Es kann ebenso bedeuten, dass die 'Muttermilch' gefüttert wird oder eine Amme das Kind stillt. (World Health Organisation, S. 5) Diese Definition werde ich im weiteren Verlauf der Arbeit zugrunde legen. Inkludiert sind hier auch Kinder, welche Spendermilch erhalten.

In Kapitel 2. werden, soweit vorhanden, die aktuellsten systematische Reviews und Metaanalysen als Quelltexte verwendet, um allgemeingültige Aussagen zum Stillen machen zu können. Als Da-

tenbanken wurden die Cochrane Library, LIVIVO, und der Katalog der Deutschen Nationalbibliothek verwendet. Suchbegriffe/Medical terms (MeSH) siehe Tabelle „Suchstrategien „Stillen und Effekte auf Kind/Mutter“. Eine zeitliche Eingrenzung wird retrospektiv bis 2010 vorgenommen. In den entsprechenden Quellenangaben häufig genannte oder wichtige Quellen werden in die Auswertung mit einbezogen.

Die Aussagen der gefundenen Studien werden bei vorhandener Datenlage für Deutschland spezifiziert. Hier wurde LIVIVO als Datenbank mit den gleichen Suchbegriffen (Deutsch) verwendet. Sämtliche einbezogenen Quellen wurden auf ihre wissenschaftliche Güte hin bewertet. Davon, weitere Einzelstudien einzubeziehen, wurde abgesehen, da sich die vorgestellten auf ebenjene zusammenfassend beziehen.

	Stillen und Kind		Stillen und Mutter
	englischsprachig		englischsprachig
1	Breastfeeding OR Breast Feeding OR Lactation OR Human Milk OR Breast Milk	1	Breastfeeding OR Breast Feeding OR Lactation OR Human Milk OR Breast Milk
2	Child OR Baby OR Newborn	2	Mother OR Women
3	Disease OR Illness OR Health OR Prevention OR Behavior	3	Disease OR Illness OR Health OR Prevention OR Behavior
4	Cochrane Reviews OR Review OR Validation Study OR Multicenter Study OR Randomized Controlled Trial	4	Cochrane Reviews OR Review OR Validation Study OR Multicenter Study OR Randomized Controlled Trial
	#1 AND #2 AND #4		#1 AND #2 AND #4
	#1 AND #2 AND #3 AND #4		#1 AND #2 AND #3 AND #4
	deutschsprachig		deutschsprachig
1	Stillen ODER Muttermilch	1	Stillen ODER Muttermilch
2	Kind* ODER Baby ODER Neugeborenen*	2	Mutter ODER Frau*
3	Krankheit* ODER Gesundheit* ODER Prävention* ODER Verhalten*	3	Krankheit* ODER Gesundheit* ODER Prävention* ODER Verhalten*
	#1 UND #2		#1 UND #2
	#1 UND #2 UND #3		#1 UND #2 UND #3

Tabelle 1: Suchstrategien „Stillen und Effekte auf Kind/Mutter“

2.1. Stillen – ‚Best Practice‘ für Mutter und Kind

Dass Stillen die beste Art der Ernährung des Kindes ist, ist von wissenschaftlicher Seite aus betrachtet bewiesen. Trotz des Impetus, dass Stillen eine biologische Norm darstellt, hinkt hier die Erkenntnis und Überzeugung meines Erachtens in der Gesellschaft hinterher. Um die vorhandene Evidenz zum Stillen zu beleuchten, wird dies spezifisch anhand der Einflüsse auf Mutter und Kind dargestellt. Einflüsse auf Volkswirtschaft oder Gesellschaft werden ausgeklammert, da für mich Mutter und Kind, in Erweiterung die Familie mitsamt Vater des Kindes, im Vordergrund im Sinne einer familienorientierten Betrachtung stehen.

2.1.1 Effekte des Stillens auf das Kind

Im deutschsprachigen Raum konnten vereinzelte Studien zu Aspekten des Stillens, aber keine Übersichtsarbeiten auf Grundlage von Daten aus deutschsprachigen Ländern gefunden werden. Aus diesem Grunde stützt sich die Übersicht ausschließlich auf englischsprachige internationale Analysen.

Folgende kindlichen Erkrankungen treten nach der von der American Academy of Pediatrics (AAP) durchgeführten Analyse bei gestillten Kindern wesentlich seltener auf als bei Kindern, welche mit Formulanahrung ernährt werden:

- Otitis media
 - Infektionen der Atemwege
 - Infektionen des Magen-Darm-Traktes
 - Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)
 - Plötzlicher Kindstod (SIDS)
 - Allergische Erkrankungen
 - Glutenunverträglichkeiten, wenn glutenhaltige Nahrungsmittel eingeführt werden, solange das Kind gestillt wird und noch keine Kuhmilchprodukte und Formula gegeben werden.
 - Entzündliche Darmerkrankungen
 - Adipositas
 - Diabetes
 - Leukämie im Kindesalter
 - bessere neurologische Entwicklung, insbesondere bei Frühgeborenen
- (American Academy of Pediatrics 2012, e828-e831)

Die American Academy of Pediatrics hat in ihrer Review Einzelstudien ausgewertet, aber keine Metaanalyse erstellt. Es werden zahlreiche Einzelergebnisse dargestellt, ein „Poolen“ der Daten

fand nicht statt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der positive gesundheitliche Effekt des Stillens auf das Kind dosisabhängig ist.

Schwierig ist der Vergleich von Daten zum Stillen, da genau dieser Punkt, der Registrierung der Stillintensität, nicht beachtet wird. Um aber ein Gesundheitsmonitoring u.a. unter Berücksichtigung der Erfassung von Stillraten (s.u.) zu etablieren und Vergleichbarkeit zu gewährleisten, empfiehlt die WHO bei der Erfassung der Daten zum Stillen die Verwendung folgender Stilldefinitionen:

- ausschließliches Stillen
- überwiegendes Stillen
- ergänzende Fütterung
- kein Stillen

(Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung 2004, S. 32)

Nur wenn spezifiziert wird, in welcher Intensität gestillt wurde, können konkrete Aussagen dazu gemacht werden, inwiefern in Bezug auf bestimmte Erkrankungen Stillen protektiv wirkt.

Kramer und Kakuma veröffentlichten 2002 ein Literaturreview zum Vergleich des ausschließlichen Stillens für 6 Monate und des ausschließlichen Stillens für 3-4 Monate mit anschließender Einführung von Beikost und deren Auswirkung auf die kindliche und mütterliche Gesundheit. Hintergrund war die (immer noch, BP) geführte Debatte um das "weaning dilemma", also ums Abstillen. Weit verbreitet waren Befürchtungen, dass Kinder aus Industrieländern, welche 6 Monate ausschließlich gestillt werden, nicht ausreichend Nährstoffe erhalten, im Vergleich zu jenen, bei denen mit 3-4 Monaten bereits Beikost eingeführt wird. Dass also, im Umkehrschluss, die Empfehlung der WHO, für 6 Monate ausschließlich zu stillen, nur für Entwicklungsländer gelte. Die genannte Befürchtung haben die Autoren in ihrer Übersicht über 16 aussagekräftige Studien widerlegt und sprachen im Namen der WHO erneut die Empfehlung für das sechsmonatige ausschließliche Stillen aus. (Kramer und Kakuma 2002)

2012 veröffentlichten Kramer und Kakuma eine Aktualisierung ihres Reviews von 2002 als Cochrane Review zur Überprüfung der WHO-Empfehlung des sechsmonatigen ausschließlichen Stillens. Hierfür wurden 11 Studien aus Entwicklungsländern und 12 aus Industrieländern der Jahre 2007-2011 einbezogen. Die Aktualisierung wurde für notwendig befunden, da trotz der vorhandenen Evidenz zu den gesundheitsfördernden Aspekten des Stillens weiterhin um die optimale Dauer des ausschließlichen Stillens gestritten wurde: "Although the health benefits of breastfeeding are widely acknowledged, opinions and recommendations are strongly divided on the optimal duration of exclusive breastfeeding." (Kramer und Kakuma 2012) Durch Werbung wird auch

heute in Deutschland suggeriert, dass Kinder ab dem 4. Lebensmonat Beikost benötigen. Viele Eltern entscheiden sich aus oben genannten Gründen für eine frühe Beikosteinführung. Dies widerlegt die Analyse von Kramer und Kakuma deutlich:

"Neither the controlled clinical trials nor the observational studies (predominantly cohort studies) from either developing or developed countries suggest that infants who continue to be exclusively breastfed for six months show deficits in weight or length gain from three to seven months thereafter." (Kramer und Kakuma 2012, S. 11)

Die ursprüngliche Empfehlung des sechsmonatigen ausschließlichen Stillens (s.u.) wurde erneuert, sowohl für Entwicklungs- als auch für Industrieländer: "Exclusive breastfeeding for six months (versus three to four months, with continued mixed breastfeeding thereafter) reduces gastrointestinal infection and helps the mother lose weight and prevent pregnancy but has no long-term impact on allergic disease, growth, obesity, cognitive ability, or behaviour." (Kramer und Kakuma 2012, S. 2) Hier sei vermerkt, dass die Ergebnisse in Bezug auf Allergien, Übergewicht und kognitiven Fähigkeiten denen der AAP widersprechen (s.o.).

Spatz und Lessen, welche für die International Lactation Consultant Association im Rahmen eines Literaturreviews herausgearbeitet haben, welche Risiken das Nicht-Stillen zur Folge hat, weisen auf das Phänomen hin, dass in zahlreichen Studien zum Stillen das selbige als Intervention betrachtet wird. Somit wird ein Vergleich der "Norm Fütterung mit Formulanahrung" mit der biologischen Norm des Stillens gezogen, woraus dann die "Vorteile" des Stillens abgeleitet werden. Die Autorinnen fordern in Vergleichsstudien als Grundlage das Stillen zu verwenden, um daran den Einfluss der Fütterung mit Formulanahrung zu messen. Hieraus leitet sich folglich das Risiko des Nichtstillens ("Risk of not Breastfeeding") ab. (Spatz und Lessen 2011)

Den Forderungen nach der Orientierung an gestillten Kindern wird die Analyse von Sankar et al gerecht. Sie veröffentlichten 2015 eine systematische Review und Metaanalyse zu Kindersterblichkeit. Hier wurde das relative Risiko (RR) an bestimmten Krankheiten zu sterben, für 0-5 Monate alte Kinder erhoben, welche überwiegend, teil- und nicht gestillt wurden, Kontrollgruppe hier waren exklusiv gestillte Kinder. (Sankar et al. 2015) Weiter wurde analysiert, wie hoch die Sterblichkeit von Kindern, die im Alter von 6-23 Monaten nicht mehr gestillt wurden, im Vergleich zu noch gestillten Kindern ist. Diese Review berücksichtigt 13 Studien. Die geringe Studienzahl resultiert aus den zahlreichen Ausschlüssen (vor Ausschluss 57). So wurden Studien, welche HIV-infizierte Kinder mit berücksichtigten, ausgeschlossen. Auch wurden Studien, die ausschließlich Tod durch Pneumonie und Durchfallerkrankungen untersuchten, ausgeschlossen. (Sankar et al. 2015, S. 10)

Verglichen zum ausschließlichen Stillen, war das Sterberisiko 0-5 Monate alter teilgestillter Kinder dreifach höher (RR 2.84; 95% CI 1.63-4.97, 3 Studien). Das Risiko nicht gestillter Kinder sogar um ein 14-faches höher (RR 14.4, 95% CI 6.13-33.9, 2 Studien).

Wenn gestillte Kinder im Alter von 6-23 Monate mit jenen verglichen werden, die nicht gestillt werden, verzeichnet man bei den nicht gestillten einen 1.8 - 2.0 fachen Anstieg der Mortalität.

Die Sterblichkeit stieg in allen Alterstufen mit der Abnahme der Stillintensität. Auch in Bezug auf die Mortalität, verursacht durch Infektionskrankheiten, fand man hier einen Zusammenhang: "As observed with all-cause mortality, there was a doseresponse effect between the different breast-feeding categories and the infection-related mortality as well. Infants who were not breastfed had 7.2 and 3.7-fold higher risk of mortality at 0-5 month of age, when compared to predominantly and partially breastfed infants." (Sankar et al. 2015, 8; 11)

Auf Deutschland sind die Ergebnisse so nicht 1:1 übertragbar, da in die Auswertung nur Studien aus sogenannten Entwicklungsländern einfließen. Wenngleich sich wohl übertragen lassen kann, dass die Nachteile des Nichtstillens dosisabhängig sind.

Neben den aufgezeigten direkten körperlichen Effekten, welche weltweit Beachtung finden und seit Jahrzehnten gemessen werden, sollten noch weitere Vorteile des Stillens fürs Kind angegeben werden. Harrison et al führten 2016 eine Metaanalyse von RCT's und quasi-RCT's durch um zu eruieren, welchen Einfluss Stillen auf iatrogene Schmerzen, hier ausgelöst durch intramuskuläre Impfung, im Vergleich zu anderen beruhigenden Maßnahmen (Gabe von 25%-iger Glukoselsg., lokalanästhesierende Pflaster - EMLA, Kältespray, Knuddeln durch die Mutter und Massage) hat. Einbezogen wurden 10 Studien mit insgesamt 1066 Babys. Aufgrund der Datenlage kann behauptet werden, dass nach der Neugeborenenperiode (nach dem 28. Lebenstag) Babys durch Stillen weniger und kürzer Schmerzverhalten und Schreien zeigen, verglichen mit den anderen o.g. Interventionen. (Harrison et al. 2016)

Zu den eben aufgeführten Themen gibt es belastbare Daten aus hunderten von Einzelstudien, welche die protektive Wirkung des Stillens, insbesondere in Bezug auf die Gesundheit von Kindern, belegen. Daneben erscheinen mir einige Bereiche einer besonderen Erwähnung wert, beobachte ich sie doch in der Beratungspraxis und werden sie in Fachbüchern immer wieder betont, aber selten quantitativ belegt. Gestillte Kinder haben einen gleichmäßigeren Schlafrythmus, sie haben eine körperlich innigere Beziehung zur Mutter. Man geht davon aus, dass die Bindung zur Mutter durch das Stillen gefestigt wird. Beim Stillen sind Mutter und Kind in einem permanenten körperlichen, kommunikativen und emotionalen Austausch. Möglicherweise wirkt Stillen protektiv gegen Kindesmisshandlung. (Wambach und Riordan 2016, S. 676–688)

Es gibt zahlreiche weitere positive Auswirkungen des Stillens auf das Kind, welche hier im Moment keine Erwähnung finden. Da hierfür keine breite Evidenz vorzuliegen scheint, werden sie hintangestellt. Eine Übersicht über qualitative Studien erfolgt an dieser Stelle nicht, da dies den vorhandenen Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Zusammenfassen kann an dieser Stelle gesagt werden, dass das Stillen, wenn es gut etabliert ist, und eine ausreichende Menge an Milch zur Verfügung steht, in den ersten sechs Lebensmonaten die sicherste Art der Ernährung für ein Kind darstellt. Darüber hinaus hat es zahlreiche Vorteile, wenn bis zur Vollendung des zweiten Lebensjahres weiter gestillt wird und, das Stillen begleitend, Beikost eingeführt wird.

2.1.2 Effekte des Stillens auf die Mutter

Auch die Auswirkungen des Stillens auf die Mutter wurden vielfältig untersucht. Hier überwiegen wieder die messbaren körperlichen Effekte.

Belastbare Daten zur Müttergesundheit liefern Chowdhury et al. Die Autorinnen erstellten 2015 eine Meta-Analyse zu lang- und kurzfristigen quantitativen gesundheitlichen Effekten des Stillens auf Mütter. Grundlage hierfür war die Verwendung von Literaturreviews und, soweit keine Daten zu entsprechenden Fragestellungen vorhanden waren, Einzelstudien. Eingeschlossen wurden 163 prospektive und retrospektive Kohorten- und Fallkontrollstudien (hier nochmal dicc befragen: cohort-studies), randomisiert-kontrollierte Studien (RCT's) und quasi-experimentelle Studien. Berücksichtigte Einflussfaktoren auf das gesundheitliche Outcome waren die Stilldauer und die Stillintensität. Weiter wurden mögliche Einflussgrößen auf das Ergebnis wie 'Samplesize', Regionen mit hohem bzw. niedrigem Einkommen, Studiendesign, Durchschnittsalter der Frauen bei Diagnosestellung, Abgleich der Partität(en), soziodemografische und reproduktive Faktoren und die Qualität der Studie in die Auswertung mit einbezogen. (Chowdhury et al. 2015, S. 97–98)

Bei der Risikoreduktion von Brustkrebs scheint die Dauer des Stillens von großer Bedeutung zu sein. "We found, that mothers, who breastfed for 12 months compared with those who did not breastfeed had a 26% lower risk of developing breast carcinoma (50 studies; OR 0.74, 95% CI 0.69-0.79), ..." Entscheidend für die Auswertung der Studien war, dass Frauen, die kinderlos waren, ausgeschlossen wurden. (Chowdhury et al. 2015, S. 99) Wenn als Kontrollgröße die Fruchtbarkeit angesetzt wird, zeigen die Gesamtergebnisse von Chowdhury, dass das Stillen zwar einen mäßigen aber signifikanten Einfluss auf die Reduktion des Brustkrebsrisikos hat. (Chowdhury et al. 2015, S. 104) Die Laktationsamenorrhö 6 Monate postpartum war 23% häufiger bei ausschließlich stillenden Frauen, verglichen mit nicht stillenden "... (RR 1.23, 95% CI 1.07-1.41; three studies) ...". Stillende bekommen ihre Periode nach der Geburt erst später als nicht stillende. (Chowdhury et al.

2015, S. 102) Auch bei Eierstockkrebs haben Chowdhry et al herausgefunden, dass Schwangerschaft eine protektive Auswirkung auf die Entstehung von Eierstockkrebs hat, wohl durch die Unterdrückung der Ovulation. (ebd. 105) Der Benefit des Stillens ist wohl aber auch hier abhängig von Intensität und Dauer des Stillens. "The highest risk reduction was observed among women who breastfed for more than 12 months, in whom the risk of ovarian carcinoma was 37% lower than among women who had not breastfed (OR 0.63; 95% CI 0.56-0.71; 29 estimates)." (Chowdhury et al. 2015, 105, 99-100)

Die Autoren fanden keine Evidenz zur Auswirkung des Stillens auf die Entwicklung einer postpartalen Depression. Es gibt auch keinen eindeutigen Hinweis darauf, dass Stillen sich auf die Reduktion des Gewichtes der Mutter postpartum auswirkt. "Overall, the role of breastfeeding on postpartum weight change remains unclear." (Chowdhury et al. 2015, S. 102–103)

Zur Risikoreduktion von Diabetes mellitus treffen Chowdhury et al die Aussage, dass eine längere Dauer des Stillens das Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, um 32% gesenkt wird. (Chowdhury et al. 2015, S. 105) Dass Stillen auch vor Osteoporose schützt, konnte nicht nachgewiesen werden. "Overall, there was no clear evidence of an effect of breastfeeding on osteoporosis." (Chowdhury et al. 2015, S. 101) Da Chowdhury et al die wichtigsten und am häufigsten zitierten Studien mit einbeziehen, kann an dieser Stelle auf eine weitere Ausführung verzichtet werden.

Neben den „harten Fakten“ quantitativer Studien gibt es zahlreiche eher qualitativ erfassbare Auswirkungen des Stillens auf die Mutter, welche sich auch auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken. Hier kann aus der Praxis berichtet werden, dass sich Mütter mit ihrem Kind durch das Stillen auf eine besonders intensive Weise miteinander verbunden fühlen. Dass dem Stillen eine „heilende“ Wirkung, z.B. nach Kaiserschnitt zugesprochen wird. Diese Effekte sollen aber später in Bezug auf die Frauen mit Einschränkungen in Körperstruktur und –Funktion ausgeführt werden. Eine Anmerkung erscheint mir wichtig: auf die Auswirkungen des Stillens auf den Vater und die Paarbeziehung zwischen Vater und Mutter wird hier ganz bewusst verzichtet. Diese Arbeit berücksichtigt die Genderperspektive nicht in Bezug auf einen allgemeinen Zusammenhang des Stillens. Der Genderdiskussion kann innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht der ihr gebührende Rahmen geboten werden, würde man sie ernsthaft betreiben.

2.2 Stillhäufigkeit und Stildauer in Deutschland – Versuch einer Ist-Analyse

In dem 2012 veröffentlichten zusammenfassenden Überblick der American Academy of Pediatrics (AAP) wird die Empfehlung des ausschließlichen Stillens für die ersten 6 Lebensmonate und das Stillen bei Einführen von Beikost bis zum Ende des ersten Lebensjahres und weiter, solange es

Kind und Mutter wünschen, seitens der Vereinigung bestätigt. Aufgezeigt werden die positiven Effekte des Stillens auf die Kindes- und Müttergesundheit. Auch hier wird das Stillen als normativer Standard für die kindliche Ernährung bezeichnet. (American Academy of Pediatrics 2012)

In ihrem Plan zur Ernährung von Mutter und Kind "Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition" setzt die WHO ein klares Ziel für die Erreichung weltweiter Stillraten: "By 2025, increase the rate of exclusive breastfeeding in the first six months up to at least 50%." Mit dem weltweit geltenden Ziel, Marasmus zu reduzieren, soll das Stillen gefördert werden, und zwar in dem Umfang, dass Kinder in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich gestillt werden und dann im 6.-24. Lebensmonat sichere Beikost erhalten, mit Weiterführen des Stillens. (World Health Organisation 2014, S. 9) Hier wird die internationale, also auch für Industriestaaten geltende Empfehlung, welche durch Kramer und Kakuma von der WHO 2002 und 2012 ausgesprochen wurden, wiederholt.

Die Ergebnisse der Welle 1 der KiGGS-Studie (s.u.) besagen, dass in Deutschland lediglich 17,7% der Kinder der Geburtsjahrgänge 2002-2012 "voll" gestillt worden sind. (Lippe et al. 2014, S. 56) Deutschland bleibt also weit hinter den WHO-Zielen zurück.

Repräsentative Daten zur Stillhäufigkeit und Stilldauer sind in Deutschland kaum verfügbar. Als Grundlage soll hier zuerst die Analyse in Bezug auf das Stillen innerhalb der KiGGS-Studie Basiserhebung vorgestellt werden, im Vergleich dann zu denen der 1. Welle der KiGGS-Erhebung.

Die KiGGS-Studie wurde 2003-2006 durch das Robert Koch-Institut durchgeführt. Das bundesweite Befragungs- und Untersuchungssurvey sollte belastbare Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen geben. "An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (...) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teilgenommen." (Lange et al. 2007, S. 625)

"Durch die Befragung der Eltern der in die Studie einbezogenen 0-17-jährigen Kinder und Jugendlichen kann retrospektiv der Verlauf von Stillhäufigkeit und Stilldauer für die Geburtsjahrgänge von 1986-2005 nachvollzogen werden." (Lange et al. 2007, S. 625) Zwar besitzt die retrospektive Betrachtung nicht die gleiche Zuverlässigkeit wie eine prospektive Betrachtung, es konnten jedoch Verläufe rekonstruiert werden, die eine gute Aussagefähigkeit besitzen. (Lange et al. 2007, S. 625)

"Angaben zur Stillhäufigkeit existieren für 17.197 Kinder (...). 13.349 Kinder waren jemals gestillt worden. Über alle Geburtsjahrgänge hinweg waren dies 76,7%." (Lange et al. 2007, S. 626)

"Die Frage nach der Dauer des Stillens wurde von 12.516 Müttern bzw. Eltern der Kindern beantwortet; nicht berücksichtigt bei der Auswertung wurden diejenigen, die angaben, ihr Kind zurzeit noch zu stillen (389). Über alle Geburtsjahre hinweg wurden die Kinder durchschnittlich 6,9 Monate gestillt, ..." (Lange et al. 2007, S. 628)

Die Daten zum vollen Stillen lehnen sich an die Definition der WHO zum vollen in Abgrenzung zum ausschließlichen Stillen an (s.o.). Zahlen zur Dauer des vollen Stillens lagen für 10.685 Kinder vor. Durchschnittlich wurden die Kinder über alle Geburtsjahrgänge hinweg 4,6 Monate voll gestillt. 37,4% der Kinder wurden der WHO-Empfehlung gemäß mindestens 6 Monate voll gestillt. Auf die Gesamtpopulation der KiGGS-Studie bezogen waren dies 22,4% der Kinder.

"Über die Geburtsjahrgänge hinweg stieg der Anteil der mindestens 6 Monate lang voll gestillten Kinder von 1988-2000 kontinuierlich an, sinkt seither aber wieder." (Lange et al. 2007, S. 629–630)

"Die für Deutschland repräsentativen KiGGS-Daten zeigen einen Anstieg der Stillhäufigkeit über die Jahre 1986-2005, begleitet von einem Anstieg der Stilldauer bis zu den Geburtsjahrgängen 1998-2001. Danach sinkt die Stilldauer wieder." (Lange et al. 2007, S. 631)

Die signifikantesten Ergebnisse zu Stilldauer und Stillhäufigkeit betreffen den Sozialstatus und das Rauchverhalten der Mütter. Es zeigt sich, dass Stillraten und -häufigkeiten mit steigendem Sozialstatus der Mütter steigen. Ein vergleichbarer Trend liegt beim Rauchverhalten der Mütter vor, hier scheint sich das Rauchen in allen Kategorien negativ auf das Stillen auszuwirken. (Lange et al. 2007, S. 632)

Die KiGGS-Welle 1 (2009-2012) umfasst gesundheitlich relevante Daten von 12.368 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-17 Jahre, erhoben durch Befragungen in Form von Telefoninterviews. (Lippe et al. 2014, S. 850) In die Auswertung der Daten zum Stillen wurden "... 4410 Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren (Geburtsjahrgänge 2002-2012) einbezogen." (Lippe et al. 2014, S. 852)

"Insgesamt wurden 82% der Kinder jemals gestillt." Der Zusammenhang zwischen Bildungsgrad der Mutter und ihrem Stillverhalten ist signifikant. "In der der multivarianten Analyse hatten Kinder von Müttern mit hoher - im Vergleich zu niedriger Bildung - eine mehr als 5-fach höhere Chance jemals gestillt zu werden." (94,5% vs. 68,5%)

Für die vulnerablen Gruppen der Frühgeborenen und Kinder von Raucherinnen (Anm. BP) zeigt sich ebenso eine geringere Prävalenz des Stillens gegenüber der Gesamtzahl der gestillten Kinder. Auch hier zeigte die multivariante Analyse einen signifikanten Zusammenhang. Frühgeborene (68,7% vs. 83,5%) und Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft geraucht haben (56,4% vs. 85,6%), wurden seltener jemals gestillt. (Lippe et al. 2014, S. 852) Hier bestätigt sich der Trend aus der Basiserhebung.

Frühgeborene wurden signifikant kürzer gestillt als Reifgeborene (6,0 vs. 7,6 Monate), Kinder von Raucherinnen noch kürzer (4,87 vs. 7,7 Monate). (Lippe et al. 2014, S. 852)

"Die durchschnittliche Stilldauer betrug bei Mädchen und Jungen 7,5 Monate und nahm mit steigendem Alter der Mutter bei der Geburt zu (von 5,6 auf 8,7 Monate). (...) "Kinder von Müttern mit hoher Bildung wurden über 3 Monate länger gestillt, als Kinder von Müttern mit niedriger Bildung (5,9 vs. 9,3 Monate)." (Lippe et al. 2014, S. 852)

Die Gesamtstilldauer macht jedoch keine Aussage dazu, wie lange die Kinder ausschließlich gestillt worden sind. (Lippe et al. 2014, S. 852)

Insgesamt konnte in der KiGGS-Längsschnittstudie ermittelt werden, dass zwischen der ersten und der zweiten Erhebungswelle ein leichter Anstieg der jemals gestillten Kinder (von 77,9 auf 82,1%) stattfand. Für die durchschnittliche Stilldauer war kein Anstieg verzeichnet worden (in beiden Erhebungen 7,5 Monate).

"Die negative Assoziation zwischen mütterlichem Rauchen, Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsgeburten und dem Stillen waren weiterhin sehr deutlich und statistisch signifikant." (Lippe et al. 2014, 853; 855)

Die Ausprägung des Stillens, nämlich das 6 Monate lange ausschließliche bzw. volle Stillen bleibt weit hinter den Empfehlungen der WHO zurück. Hieraus leiten die Autorinnen ab, dass sich Maßnahmen zur Förderung des Stillens sowohl auf Mütter im Krankenhaus beziehen sollen, dies aber nicht ausreichend ist, sodass eine Unterstützung über diese Zeit hinaus stattfinden sollte. Weiter sehen sie einen Bedarf darin, Stillförderung mit präventiven Maßnahmen wie die Raucherprävention zu koppeln. Auch zeigen die "... Daten der KiGGS Welle 1 weiterhin einen erhöhten Bedarf für stillfördernde und unterstützende Maßnahmen" für "bildungsschwache" Mütter. (Lippe et al. 2014, S. 856–857) "Im europäischen Vergleich der Rangfolge der Verbreitung des Stillens befindet sich Deutschland im mittleren Bereich." (Lippe et al. 2014, S. 849)

Einen Versuch, in Deutschland vorhandene Studien, welche sich direkt oder indirekt mit dem Stillen beschäftigten, vergleichend zu analysieren, wurde von Mitgliedern der Nationalen Stillkommission in Deutschland durchgeführt. Die Autoren werteten 35 Studien aus, in denen Daten mit primärer oder sekundärer Zielsetzung zum Stillen der Geburtsjahrgänge 1990-2012 erhoben wurden. Verglichen wurden die Gesamt- und Vollstillraten für die Altersstufen 2,4 und 6 Monate. (Weissenborn et al. 2015) Die Autoren geben eine erhebliche Limitierung der Ergebnisse an: "Jedoch mangelt es an einer Standardisierung der Erhebungsmethoden, so dass die Daten nur schwer vergleichbar sind." (Weissenborn et al. 2015) Dennoch wurde eine systematische Übersicht ausgearbeitet.

"Zusammenfassend deuten die verfügbaren Daten darauf hin, dass seit Beginn der 1990er Jahre relativ konstant zwischen 70 und etwas 90% der Mütter in Deutschland zu stillen beginnen, aber (..) ein rapider Abfall der Stillraten innerhalb der ersten 2 Monate zu verzeichnen ist, so dass nur etwa 50% der Säuglinge mit 6 Monaten (überhaupt, BP) noch gestillt werden." (Weissenborn et al. 2015)

Im untersuchten Zeitraum ist kein eindeutiger Trend in der Stillhäufigkeit und den Stillraten auszumachen. Die erhobenen Daten bleiben hinter den Forderungen der WHO um Längen zurück. (Weissenborn et al. 2015)

Nicht nur in den Stillraten und der Stilldauer hinkt Deutschland den internationalen Empfehlungen hinterher. Auch in der Erforschung des Stillens auf nationaler Ebene im weltweiten Vergleich. So sind in der WHO-Datenbank zur Kinderernährung seitens Deutschlands keinerlei Daten eingetragen. Hier sollten eigentlich nationale gepoolte Daten zu Stillraten und Stillintensitäten stehen. (World Health Organization 2016)

2.3 Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens

Dass das Stillen zwar als biologische, nicht aber als gelebte gesellschaftliche Norm gilt, verdeutlichen die eben aufgeführten Daten. Deutschland ist noch weit entfernt von einer mütter- und babyfreundlichen Stillkultur (Rouw et al. 2014) Um Stillen gesellschaftlich zu etablieren - und dies ohne Zwang - Stillen zu fördern und zu schützen, sind vielfältige und koordinierte Aktionen notwendig.

Die während der 55. Weltgesundheitsversammlung im Mai 2002 verabschiedete Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern bietet die Grundlage für den Aktionsplan zu Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa. Der Aktionsplan versteht sich als Modell zur Erstellung nationaler und regionaler Pläne, welche das Stillen durch konzertierte und koordinierte Aktionen unterstützen sollen. Als Voraussetzung für die Umsetzung des Aktionsplanes sind ausreichende personelle und finanzielle Mittel genannt. Explizite Betonung findet an zahlreichen Stellen, dass der Förderung des Stillens bei sozial ungleichen benachteiligten Gruppen mit entsprechenden Maßnahmen zu begegnen ist. Der Masterplan fungiert als Wegweiser für öffentliche Gesundheitsinitiativen, welche an den jeweiligen Bedarf angepasst werden müssen. (Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung 2004)

Im Aktionsplan wird das Ziel formuliert, dass es europaweit zu einer Verbesserung der Stillpraktiken und Stillraten kommt; "... 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." (ebd., S.14) Gleichwohl "... 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 ..." (ebd., S.14) Im Vordergrund steht die Beziehung zum Kind. (Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung 2004, S. 14)

Folgende Inhalte dienen als Grundlage für die Planung der regionalen und nationalen Aktionen:

1. Strategien und Planung zu möglichen Zielen wie beispielsweise Erhöhung der Stilldauer oder stillfreundlicher Pflege (ebd., S.20)
2. Information, Ausbildung und Kommunikation als Basis für den Wiederaufbau einer Stillkultur (ebd., S.11)
3. Schulung und Ausbildung der Gesundheitsmitarbeiter (ebd., S.24)
4. Schutz, Förderung und Unterstützung vor allem durch das strikte Einhalten des WHA-Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten, zur Einführung von Standards der das Stillen fördernden Gesundheitspraxis, vor allem in Entbindungsklinken und dem "... Recht der Frauen, zu jeder Zeit und an jedem Ort zu stillen, wenn es erforderlich ist,..." (ebd., S. 11)
5. Monitoring, um Daten zu Stillbeginn, ausschließlichem Stillen und Stilldauer erheben und miteinander vergleichen zu können, um daraus Trends und Maßnahmen ableiten zu können. Hier werden Bezeichnungen zu Intensität und Dauer des Stillens definiert. (ebd., S.32)
6. Forschung, um veranlasste Vorgehensweisen und Maßnahmen untersuchen zu können, auch "... hinsichtlich des Verhältnisses von Kosten und Nutzen und von Kosten zu Wirksamkeit sowie in Bezug auf die Durchführbarkeit ..." (ebd., S. 11) und der Bedingungen für die Vergleichbarkeit von Ergebnissen (ebd., S.35) (Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung 2004)

Sinha et al gingen 2015 der Frage nach, welche effektiven Interventionen es zur Förderung des Stillens bereits gibt und werteten hierfür 195 Studien zu den Effekten der Interventionen zur Stillförderung aus. Bewertet wurden Studien zu Interventionen aus den Bereichen

1. Health systems and services (Gesundheitssystem / Gesundheits-Dienstleistungen): 73 Studien
2. Home and family environment (Häuslichkeit / familiäres Umfeld): 57 Studien
3. Community environment (öffentliches Umfeld): 6 Studien
4. Work environment (Arbeitsumfeld): 4 Studien
5. Policy environment (Politisches Umfeld): 2 Studien
6. Combination of settings (kombinierte Interventionen): 53 Studien

In die systematische Analyse wurden randomisiert kontrollierte Versuche (RCT's), (cluster randomized trials) und Beobachtungsstudien (prospektiv/retrospektive Kohorten und Fallkontrollstudien) aufgenommen. Dem Literaturverzeichnis des Artikels kann entnommen werden, dass die älteste Studie aus dem Jahr 1979 stammt, mehrheitlich stammen die analysierten Studien aus diesem Jahrtausend. Eingeschlossen wurden Ergebnisse aus Industrie und Entwicklungsländern.

Die Wirksamkeit der Interventionen im Sinne der Steigerung der Stillraten wurde zu den Zeitpunkten 1 Stunde post partum (p.p.), 6 Monate p.p. zur Stillintensität "ausschließliches Stillen" und "gestillt" (nach WHO) und zu den Zeitpunkten 12 Monate und 23 Monate "gestillt" mit Einführung von Beikost. (Sinha et al. 2015, S. 116–117)

Die Autorinnen kamen zu folgendem Fazit: "Counseling by peers or health personnel, baby friendly hospital support and community mobilization approaches are key interventions to improve breastfeeding rates." (Sinha et al. 2015, S. 114)

Auch in Deutschland machte man sich in den 1990-er Jahren Gedanken, wie das Stillen zu fördern sei. Hierauf wurde "Die Nationale Stillkommission (wurde) 1994 in der Folge einer Resolution der 45. Versammlung der Weltgesundheitsorganisation gegründet. Seit 1999 ist sie am Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin angesiedelt." (Przyrembel 2001, S. 279) Jedoch hat die alleinige Einrichtung mit ihren Aktionen noch nicht den gewünschten Effekt.

In ihrer 2014 veröffentlichten Darstellung der Stillförderung in Deutschland zeichnen Rouw et al ein aktuelles Bild der Stillförderung in unserem Land. In ihrer kritischen Analyse "The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany" zeigen die Autorinnen auf, dass es in Bezug auf die Unterstützung und Förderung des Stillens noch einen großen Verbesserungsbedarf im deutschen Sozialsystem gibt. (Rouw et al. 2014)

Rouw et al verweisen auf vermeidbare Kosten im Gesundheitssystem durch reduzierte Krankheiten und auf vermeidbare Arbeitsausfälle berufstätiger Eltern aufgrund eines kranken Babys bzw. Kleinkinds, allein durch den protektiven Effekt des Stillens. Es werden Rechenbeispiele aus Australien und USA zitiert, die gesellschaftliche Einsparungen aufgrund erhöhter Stillquoten aufzeigen. Jedoch gibt es hierfür in Deutschland keinen Vergleich. Dies auch aufgrund der mangelhaften Datenlage zur Stillsituation: "Unfortunately, up to the present time, systematic monitoring of breastfeeding rates has not taken place due to lack of (governmental) funding. This makes a precise estimate of the breastfeeding situation in Germany impossible." (Rouw et al. 2014)

Der Wert des Stillens wird in Deutschland - theoretisch - anerkannt, meinen Rouw et al. Diese Wertschätzung ist aber, schaut man sich die tatsächlichen Maßnahmen zur Stillförderung an, eher ideeller Natur. "Breastfeeding is mostly regarded as a mother's personal decision." (ebd.)

Es wird die gesellschaftlich unterstützte Stillförderung anhand der einzelnen Komponenten aufgezeigt:

In Deutschland sind 17% der Geburtskliniken als babyfriendly Hospital zertifiziert, Tendenz steigend. Die Kosten der Mitarbeiterschulungen und Umstellung organisatorischer Prozesse, sowie die Zertifizierung tragen die Kliniken mit 60.000 bis 80.000 € selber. Unterbesetzung von Stellen

auf den Wöchnerinnenstationen (zur Kostenreduktion für die Häuser) hat zur Folge, dass weniger Stillberatung stattfinden kann, was in den ersten Tagen der Geburt besonders wichtig wäre.

Nach der Klinikentlassung haben in Deutschland Frauen 8 Wochen post partum (bei Frühgeborenen bis zu 12 Wochen) Anrecht auf Betreuung durch eine Nachsorgehebamme, welche in diesem Rahmen auch Stillberatung durchführt. Diese Leistung wird von den Krankenkassen bezahlt.

"However, many midwives are not educated in breastfeeding support, although such support clearly makes a difference in breastfeeding rates." (Ekstrom et al in Rouw et al).

Die Leistung einer speziell ausgebildeten Laktationsberaterin wird nicht über die Krankenkassen finanziert, die Kosten müssen von der Mutter selber getragen werden. Allgemeinärzte, Gynäkologen und Pädiater, welche in der Beratung eine wichtige Rolle übernehmen, sind nicht in der Stillmedizin ausgebildet. Ihre Beratung beruht häufig auf ihren eigenen (negativen) Erfahrungen. Aber besonders hier wäre es wichtig, dass entsprechendes Fachwissen vorhanden ist, um Mütter und Kindern in speziellen Situationen wie einer Frühgeburt adäquat zu begleiten.

Die Autorinnen beklagen, dass Stillberatung in den Curricula medizinischer Berufe nicht verankert ist. Konterkariert wird dies noch dadurch, dass Schulungen zur Anwendung künstlicher Säuglingsnahrung von den Firmen gesponsert werden.

In Deutschland gibt es wenige gemeindenahe Stillförderungsprogramme. Es gibt aber ein Netzwerk von Selbsthilfegruppen (z.B.: La Leche Liga, ASF, BP). Die Ausbildung der Beraterinnen tragen diese finanziell selber. Dies scheint unverständlich, bedenkt man die erwiesene Effektivität der Maßnahme der Selbsthilfe (s.o., Sinha, Beratung durch Peers). Im Gegenteil, hier müssten meines Erachtens insbesondere Krankenkassen daran interessiert sein, die Freiwilligen finanziell zu unterstützen, wenn diese sich für die Beratungstätigkeit innerhalb der Selbsthilfegruppen qualifizieren.

Weiter beschreiben Rouw et al die Möglichkeiten des Mutterschutzes. Diesen voll auszunutzen hat einen steigernden Effekt auf Stillraten und Stilldauer. Auch die Nutzung der Elternzeit und Bezug des Elterngeldes wirkt sich positiv auf das Stillen aus. Jedoch wird hier die Limitation aufgezeigt, dass Frauen aus Angst vor Karrierebrüchen und niedrigeren Renten diese Leistungen häufig nicht in Anspruch nehmen. Durch das Mutterschutzgesetz werden Stillen und Abpumpen von Muttermilch am Arbeitsplatz geschützt. Nicht jedoch die Umstände wie ein ruhiger Raum oder Möglichkeiten, abgepumpte Milch aufzubewahren. Dies liegt individuell an der Bereitschaft des Arbeitgebers, die Mutter zu unterstützen. "This is again the responsibility of the mother, to proactively seek a place to pump and provide the equipment." (Rouw et al. 2014)

Die Autorinnen schlussfolgern, dass aus Nicht-Stillen höhere finanzielle Kosten für die Gesellschaft und eine größere gesundheitliche Belastung von Mutter und Kind resultieren. Die vom Staat stark protegierten und durch die Krankenkassen bezahlten Impfungen bilden hier einen Gegenpart: "...

by contrast to disease prevention through vaccinations, individual support of breastfeeding is not seen as a governmental task." (Rouw et al. 2014)

Insgesamt stellen sie dem Deutschen Gesundheitswesen ein mangelhaftes Zeugnis hinsichtlich der Stillförderung aus. Schlussfolgerung ist, dass die von UNICEF/WHO empfohlenen Stillquoten nicht erreicht werden können, da es nicht den ausreichenden Willen und nur partielle Finanzierung für Elemente der Stillförderung durch den Staat bzw. die Krankenkassen gibt. Obwohl sich dies finanziell lohnen würde : "Investment in breastfeeding support would certainly pay for itself." (Rouw et al. 2014)

Vorerst abschließend möchte ich von einem Gewinn für Mutter und Kind sprechen, wenn gestillt wird. Dafür ist Voraussetzung, dass Mutter und Kind die Gelegenheit erhalten, in eine gute und beide und die Familie zufriedenstellende Stillbeziehung zu kommen. Dies ist unabdingbar, um in ein ausschließliches Stillen zu gelangen, damit auf dieser stabilen Basis ein Stillen bis mindestens zum zweiten Geburtstag des Kindes möglich wird. Hierzu benötigen die beiden Akteure zumeist Unterstützung von außen, welches in Deutschland außerhalb des Privaten noch sehr entwicklungsbedürftig ist. Momentan kann davon ausgegangen werden, dass ein erfolgreiches Stillen vor allem im Verhalten der Mutter und ihrer Vorinformationen begründet ist. Dies bedeutet aber auch, dass die Verantwortung dafür in ihrer Hand liegt. In Deutschland gibt es zu wenig Unterstützung für das Stillen. Meine Hypothese ist, dass sich dies auch auf das Stillverhalten von Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur- und Körperfunktion auswirkt.

3. Beeinträchtigung, Behinderung - mögliche Bedeutungsmuster

An dieser Stelle soll es nun darum gehen zu begründen, weshalb der Terminus „Beeinträchtigung von Körperstruktur und Körperfunktion“ innerhalb des Titels gewählt wurde, und wie dies im Kontext von ‚Behinderung‘ zu verstehen ist. Der Frau mit ‚Beeinträchtigungen‘ wird dann in Bezug auf Mutterschaft - welche zumeist Voraussetzung für das Stillen eines Kindes ist - ein eigenes Kapitel gewidmet (Kap. 4).

3.1 Der Begriff der Behinderung

Der Begriff der Behinderung ist sowohl in der Alltagssprache gebräuchlich als auch wissenschaftlich etabliert. Trotzdem gibt es keine allgemein anerkannte Definition. Vielmehr hängt die Lesart vom jeweiligen Kontext ab, in dem der Terminus benutzt wird. Behinderung kann u. a. aus der Perspektive der Medizin, der Psychologie, der Soziologie, des Sozialrechts oder der Bildung be-

stimmt werden. Die jeweilige Klärung der Sinnbedeutung wird auf der Basis der theoretischen und methodischen Voraussetzungen der entsprechenden Disziplin vorgenommen. (Dederich 2008, S. 15) Einige für diese Arbeit relevante Definitionen werden im Folgenden ausgeführt und kritisch betrachtet: die sozialrechtliche Definition nach SGB IX, weil aus dieser Leistungsansprüche zur Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen abgeleitet werden können. Darüber hinaus wird die Auffassung von Behinderung gemäß dem "Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung" (UN-BRK) in den Blick genommen, da dieses die universellen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen konkretisiert. (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2014, S. 3) Außerdem erfolgt eine Bestimmung des Behinderungsbegriffes auf der Basis der "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) der WHO, da diese als Minimalkonsens eines Verständnisses von Behinderung unterschiedlicher Disziplinen verstanden werden kann. (Dederich 2008, S. 16, Schuntermann 2009, 19)

3.1.1 „Menschen sind behindert“ - Begriff der ‚Behinderung‘ im SGB IX

Anliegen des SGB IX ist zum einen der Anspruch auf Sozialleistungen zur Förderung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Zum anderen soll es dem Abbau von Diskriminierung dienen. Das SGB IX hat in diesem Sinne die Funktion eines «Leitgesetzes», "... für alle anderen Sozialgesetzbücher. (Grampp et al. 2013, S. 38–39) Sozialrechtlich gelten nach SGB IX §2 (1) Menschen als behindert bzw. von Behinderung bedroht, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. (<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/2.html>, 13.09.2016)

Relevant für die Definition von Behinderung ist in diesem Zusammenhang das Prinzip der Altersäquivalenz, das angewandt wird. Damit gilt ein Mensch nur dann als behindert, wenn eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auf einer für ein bestimmtes Lebensalter nicht typischen Störung körperlicher, geistiger oder seelischer Funktionen basiert. (Schuntermann 2009, 36f) In der Definition von Behinderung nach dem SGB IX werden neben dem Kriterium der Altersäquivalenz zwei weitere entscheidende Merkmale zugrunde gelegt: die länger als sechs Monate andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung und die damit direkt in den Zusammenhang gestellte gesellschaftliche Teilhabe-Erschwernis. (Bretländer 2015, S. 91)

Durch die drei genannten Bestimmungsmerkmale von Behinderung lässt sich eine Nähe zum Krankheitsfolgemodell erkennen, insbesondere da die individuelle Schädigung als auslösendes Moment von Behinderung verstanden wird und die Einflussnahme von Kontextfaktoren keine Berücksichtigung findet. (Bretländer 2015, S. 91) Folglich handelt es sich um ein individualisierendes und eher defizitorientiertes Verständnis von Behinderung, auch wenn der Teilhabeaspekt ausdrücklich benannt ist: im Sinne des SGB IX ist der Mensch behindert und wird nicht behindert.

3.1.2 „Menschen mit Behinderung“ - Begriff der ‚Behinderung‘ im UN Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

Die Vereinten Nationen haben seit 1948 verschiedene Menschenrechte definiert. Menschenrechte sind Rechte, die einem Menschen qua Geburt zustehen. Sie können weder (beispielsweise durch Erbe oder Leistung) erhalten bzw. erworben, noch können sie einem Menschen entzogen werden. Neben den grundlegenden Menschenrechtskatalogen, zusammengetragen in der internationalen Menschenrechtscharta, gibt es weitere, auf bestimmte Bereiche bezogene Menschenrechtskonventionen. Zu diesen zählt auch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), das 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet worden ist. (Degener 2008, S. 160–163) Die UN-BRK gibt eine für Deutschland verbindliche Grundlage vor, aufgrund derer Gesellschaft gestaltet werden soll. In der Präambel der UN-BRK wird darauf verwiesen, dass ein Verständnis von Behinderung einem stetigen Wandel unterworfen ist. (S. 1420) In Artikel 1 "Zweck", Absatz 2 des UN-Übereinkommens findet sich die Auffassung von Behinderung, die der UN-BRK zugrunde gelegt ist: *"Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können."* (S. 1420)

Für die vorliegende Arbeit insbesondere bedeutsam sind Artikel 6 „Frauen mit Behinderung“, Artikel 23 „Achtung der Wohnung und Familie“ und Artikel 25 „Gesundheit“.

Degener stuft die Bedeutung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderung als sehr hoch ein, weil diese ein Konzept von Autonomie entwirft, das abhängige Lebenslagen einbezieht. Das Übereinkommen entwirft eine Idee der "Gleichheit in der Differenz und in Freiheit" und liefert damit eine Skizze einer barrierefreien inklusiven Gesellschaft. (Degener 2008, S. 167) Dieser Gedanke bringt die Gesamtaussage des Übereinkommens auf den Punkt und eröffnet eine Perspektive auf Gesellschaft, in der jede/r akzeptiert und unterstützt wird. Insbesondere für die Humanisierung der Gesellschaft hat die UN-BRK eine hohe Bedeutung, weil einerseits Menschen mit Behinderungen sich nicht selbst als defizitär betrachten müssen. Andererseits wird

die Gesellschaft von einer kritisch zu diskutierenden Gesundheitsfixierung befreit. (Bielefeldt, zit. n. Degener 2008, S. 168) (Degener 2008, S. 168)

Relevant in dieser Bestimmung von Behinderung ist die Thematisierung der Wechselwirkung zwischen Menschen mit körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen und der Umwelt, das heißt auch unterschiedlichen Hemmnissen und Barrieren, die außerhalb der Person verortet sind und die Teilhabe erschweren oder behindern. (Bretländer 2015, S. 91–92) Die Bestimmung von Behinderung begrenzt sich hier nicht auf einen Menschen und seine persönlichen Merkmale, sondern bezieht sich ausdrücklich auf eine Konstellation, welche aus dem Zusammenspiel zwischen Menschen und Umwelt resultiert. Im Sinne der UN-BRK kann von Menschen mit Behinderung gesprochen werden.

3.1.3 „Behinderung ist kein Merkmal einer Person“ – Behinderungsbegriff der ICF

In der vorliegenden Arbeit wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass es sich bei Behinderung um ein soziales Konstrukt handelt, um eine "Folge von Zuschreibungen, Etikettierung und Stigmatisierung sowie Systemeffekten" (Dederich 2009, 37). Dies führt zum Ausschluss aus gesellschaftlich und individuell relevanten Lebensbereichen. Behinderung markiert im aktuellen wissenschaftlichen Verständnis eine Relation. (Dederich 2008, S. 37) Dieser Rahmen wird in der "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) der WHO gespiegelt, welche heute häufig rezipiert wird, um sich dem Begriff der Behinderung anzunähern. (Dederich 2008, 15f) Das Modell der ICF befasst sich allgemein formuliert mit dem Phänomen der funktionalen Gesundheit und deren Beeinträchtigung. (Schuntermann 2009, S. 19) Es beruht in seiner Grundlogik auf Wechselwirkungen, z. B. zwischen einem Menschen mit einer Diagnose nach ICD (oder in der Terminologie der ICF einem "Gesundheitsproblem") und den Kontextfaktoren seiner Lebenssituation.

Im Zusammenhang der ICF ist Behinderung als "das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre Gesundheit" (Schuntermann 2009, 34) zu verstehen. Bedeutsam in dieser Definition von Behinderung ist das Fehlen einer Altersäquivalenz. (Schuntermann 2009, S. 37) Die ICF stellt weniger die Defizite eines Menschen bzw. die Reparatur eines Defektes in den Mittelpunkt, sondern berücksichtigt vielmehr unterschiedliche Rahmenbedingungen, Kontexte und das Individuum als Mitgestalter seiner Situation. (Prosetzky 2008, S. 90)

Der Behinderungsbegriff der ICF als Oberbegriff zu sämtlichen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit eines Menschen ist insgesamt umfassender als der des SGB IX. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 4) So gehören zum Begriff der Behinderung Schädigungen (Funktionsstörungen, körperliche Strukturschäden), Beeinträchtigungen

der Aktivität sowie der Partizipation. Wesentlich ist die Erfassung der negativen Gesichtspunkte des Zusammenspiels zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren, die umwelt- oder personenbezogen sein können. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 145–146)

Aus dem bisher Betrachteten kann interpretiert werden, dass dem Begriff der ‚Behinderung‘, welcher durch negative Faktoren hervorgerufen wird, ein positiver Konterpart, die ‚Funktionsfähigkeit‘, gegenübergestellt wird. Durch den Einfluss der Kontextfaktoren ergibt sich so für jeden Mensch ein Spannungsfeld mit zwei Polen, welche in ihrer Ausprägung nie ganz oder gar nicht vorhanden sein werden. Ein Mensch ist, diesem Gedankengang folgend, also in keiner Situation im Leben komplett in seiner Funktionsfähigkeit uneingeschränkt.

Zusammengefasst werden kann der Behinderungsbegriff der ICF mit dem Leitsatz: „Behinderung ist kein Merkmal einer Person.“

3.2 Einführung in die Terminologie der ICF

Die ICF ermöglicht Beschreibungen von Situationen, in denen es um menschliche Funktionsfähigkeiten und ihrer Beeinträchtigungen geht. Gleichzeitig kann sie als Organisationsrahmen beschreibender Informationen dienen. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 13) Damit geht sie weit über die Klassifikation medizinischer oder anderer fachspezifischer Diagnosen hinaus (wo das bio-medizinischen Modell der ICD Anwendung findet). Gleichwohl sind medizinische Diagnosen aber Grundlage für die Anwendung der ICF-Klassifizierung. Die ICF kann mit ihren Begrifflichkeiten innerhalb des bio-psycho-sozialen Modells angewendet werden. (Schuntermann ohne Jahresangabe, S. 1)

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF berücksichtigt neben dem Gesundheitsproblem weitere Faktoren, welche sich auf die funktionale Gesundheit eines Menschen beziehen. (Schuntermann 2009, S. 19) Konzepte der ICF sind die „Körperfunktionen- und -strukturen“, die Aktivitäten sowie die Teilhabe, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Alle Konzepte stehen in Wechselbeziehung zueinander, wie die folgende Abbildung „Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF“ verdeutlicht.

Die Schwangerschaft verlief mit wenigen Komplikationen, diese bezogen auf die Einstellung mit Insulin. Natalie beschäftigte sich während des letzten Trimenons intensiv mit der Ernährung des Kindes und entschloss sich gemeinsam mit ihrem Mann dazu, das Kind in den ersten Lebensmonaten ausschließlich zu stillen. Sie gebar vaginal ein gesundes reifes Neugeborenes. Mutter und Kind wurden postnatal noch drei Tage zur Beobachtung in der Klinik behalten, da seitens des Kindes Anpassungsstörungen wie Hypoglykämien befürchtet wurden. (Wambach und Riordan 2016, S. 253)

In der Klinik hat Natalie viel Druck in Bezug auf das Stillen empfunden. Nach dem Anlegen sollte sie immer noch Milch per Hand gewinnen und mit einem Löffelchen füttern, auch empfand sie die Brustmassagen vor dem Stillen als belastend, da sie keinen Sinn darin erkannte. Natalie hatte Angst, dass ihre Milch nicht ausreicht, da das Kind häufig unzufrieden auf sie wirkte. Bei Entlassung aus der Geburtsklinik hatte das Kind 7% des Geburtsgewichts abgenommen, woraufhin ihr vom Kinderarzt bei der Vorsorgeuntersuchung U2 empfohlen wurde, Formulanahrung zuzufüttern. Auch ihre Mutter empfahl ihr, doch die Flasche zu geben, da dies für alle „das Einfachste sei“. Durch eine intensive Betreuung und die Aufklärung ihrer Nachsorgehebamme konnte Natalie eine entspannte Haltung dem Stillen gegenüber gewinnen und stillt auch heute, vier Monate nach der Geburt, noch ausschließlich.

Geholfen haben Natalie die Informationen der Hebamme darüber, dass die Abnahme des Geburtsgewichts um bis zu 7% in den ersten drei Lebenstagen zu tolerieren ist, wenn danach eine ausreichende Gewichtszunahme stattfindet. (VELB Verband Europäischer Laktationsberaterinnen 2005, 6, 14) Außerdem wurde sie darüber aufgeklärt, dass bei Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1 die Milchbildung einen Tag später in Gang kommt als bei Frauen ohne Diabetes. Hartmann und Cregan fassten 2001 Forschungsergebnisse zur Milchbildung bei Frauen mit Typ 1-Diabetes zusammen. Sie kommen zu dem Schluss, dass bei diesen Frauen die Laktogenese II, also die entscheidende Phase für die Etablierung des Stillen (Anm.: welche postpartum durch das Anlegen des Kindes initiiert wird, BP), in der Regel ca. 24 Stunden später einsetzt. Besonders wichtig ist es bei den betroffenen Frauen, dass innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Geburt häufig angelegt, bzw. manuell oder, bei Trennung von Mutter und Kind, mittels Abpumpen Milch gewonnen wird. (Hartmann und Cregan 2001, 3018S–3019S) Hierdurch erklärt sich für Natalie der erhöhte Aufwand in der Klinik zur Initiierung der Milchbildung. Die Unruhe des ihres Babys führt sie auf die allgemein belastende Situation durch den Aufenthalt in der Klinik und auf den Druck ihrer Mutter, doch die Flasche zu geben, zurück. Hier hatte sie ein schlechtes Gewissen, dem Baby keine „gute Mutter“ zu sein. Rückblickend ist Natalie stolz auf ihr Durchhaltevermögen und bewertet das Stillen für sich und ihr Kind als sehr positiv.

Voraussetzung für die Anwendung der ICF im Falle von Natalie ist die medizinische Diagnose Diabetes mellitus, Typ1 (ICD E10.90), als „Gesundheitsproblem“. Die Informationen zur Gesundheitssituation von Natalie, wie auch bei allen anderen Menschen, bei welchen die ICF Anwendung findet, (s. Abbildung ‚Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF‘, S. 27) setzen sich zusammen aus vier Komponenten:

"Die ICF hat zwei Teile mit je zwei Komponenten:

Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung

(a) Körperfunktionen und -strukturen

(b) Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]

Teil 2: Kontextfaktoren

(c) Umweltfaktoren

(d) Personenbezogene Faktoren

Jede Komponente kann in positiven oder negativen Begriffen ausgedrückt werden."

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, 13–14; 16)

Bei Natalie ist die funktionale Gesundheit nach der Geburt in Bezug auf das Stillen beeinträchtigt. Denn es liegt eine Beeinträchtigung der Körperfunktion bezogen auf die Laktogenese II vor (s. oben), dies aufgrund der Beeinträchtigung der Struktur der Bauchspeicheldrüse. *"Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Eine Schädigung ist eine Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust."* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 17) Hier die fehlende Produktion von Insulin.

Die Aktivität, welche an dieser Stelle betrachtet werden soll, ist das ausschließliche Stillen. Hierdurch wird Partizipation [Teilhabe], nämlich die erwartete Ernährung des Babys durch die Brust der Mutter, hergestellt. Wenn das Stillen nicht etabliert worden wäre (s. Laktogenese II), hätte eine Beeinträchtigung der Partizipation vorgelegen, denn dann hätte die geplante Aktivität, welche von Mutter und Vater gewünscht war, nicht durchgeführt werden können.

Beeinflusst wurde die Aktivität (Stillen) durch die Schädigung der Körperstruktur und der Körperfunktionen bezogen auf das endokrine System (bedingt durch Diabetes mellitus, Typ 1), aber auch durch Kontextfaktoren. *"Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren. Diese können einen Einfluss auf den Menschen mit einem Gesundheitsproblem, auf dessen Gesundheits- und gesundheitsbezogenen Zustand haben."* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 21)

Als (nicht klassifizierter) personenbezogener, also in der Person liegender Faktor (Schuntermann 2009, S. 24) ist Natalies Motivation zum Stillen zu nennen, was sich positiv auf die Etablierung der Laktation auswirkt.

Umweltfaktoren dagegen liegen außerhalb des Individuums. Sie *".. bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten."* Und beeinflussen die Leistung eines Individuums zur Durchführung von Aufgaben. Die Umweltfaktoren untergliedern sich in die auf der Ebene des Individuums und auf solche der Ebene der Gesellschaft. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 21–22) Zu Natalies individuellen Umweltfaktoren zählen sicher die unterstützende und befürwortende Haltung ihres Mannes gegenüber dem Stillen des Kindes und eine stabile Situation bezogen auf Finanzen und Wohnort - dies wirkt sich förderlich aus.

Als Barriere [so werden vorhandene oder fehlende Faktoren in der Umwelt einer Person bezeichnet, welche die Funktionsfähigkeit einschränken und (dadurch, Anm. BP) Behinderung schaffen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 147)], wirkt die negative Einstellung Natalies Mutter gegenüber dem Stillen. Dieser Barriere stehen aber zahlreiche Förderfaktoren gegenüber:

Als Förderfaktoren gelten laut ICF *"... Faktoren in der Umwelt einer Person, welche die Funktionsfähigkeit verbessern und eine Behinderung reduzieren. (...) Förderfaktoren können die Entwicklung einer Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe] aus einer Schädigung oder Beeinträchtigung der Aktivität verhindern, weil die tatsächliche Leistung einer Person im Hinblick auf eine Handlung trotz eines Problems der Leistungsfähigkeit der Person verbessert wird."* (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 147)

Die retrospektive fachliche Einschätzung der Kliniksituation in Bezug auf das Stillen durch die Nachsorgehebamme wirkt sich förderlich auf die Aktivität aus, denn hierdurch kann Natalie die erlebte Situation neu bewerten und akzeptieren; auch fällt Druck von ihr ab, da sie nicht mehr das Gefühl hat, ihrem Kind nicht gerecht worden zu sein. Umweltbezogener Förderfaktor ist hier die Beratung der Hebamme. Ebenso wirkte sich das durch die Klinik initiierte (von der Mutter vorerst als belastend empfundene) enge Stillmanagement positiv auf die Laktogenese II aus, die Voraussetzung dafür, das Stillen zu etablieren.

Nach dieser kurzen Einführung, in der eine auf die gesundheitliche Situation eines einzelnen Menschen bezogene Anwendung der ICF exemplarisch stattgefunden hat, soll weiter verfolgt werden, welche Aussagen in Bezug auf die vorliegende Arbeit wichtig sind, im nächsten Abschnitt folgen dann konkrete Aussagen innerhalb der ICF in Bezug auf Behinderung und chronische Erkrankung. *"Nach dem komplexen Interdependenzmodell (der ICF, Anm. BP) variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren, und eine Beein-*

trächtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen." (Schuntermann ohne Jahresangabe, S. 2) Durch diese Aussage wird noch einmal deutlich, wie wichtig die Betrachtung der Kontextfaktoren in Bezug auf die Auswirkung auf die funktionale Gesundheit ist.

Betrachtet werden in der vorliegenden Arbeit Frauen mit einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen und –strukturen. Diese Definition wurde gewählt, um eine Eingrenzung vorzunehmen, als Voraussetzung für den Einbezug in die später folgende Auswertung von Daten. Schädigungen/Beeinträchtigungen aus dem Grund, da - bezogen auf die Frauen - erst einmal von der Körperlichkeit/körperbezogenen Ebene ausgegangen wird.

3.3 Zum Unterschied zwischen einer „Beeinträchtigung von Körperstrukturen und Körperfunktionen“ und „chronischer Erkrankung“

In der Arbeit geht es um die Personengruppe von Frauen mit einer dauerhaften körperlichen Einschränkung in Form einer – alltagssprachlich ausgedrückt – chronischen Erkrankung oder körperlichen Behinderung.

In Kapitel 3.2 *Einführung in die Terminologie der ICF* wurden die Grundlagen der ICF und insbesondere die verwendete Terminologie der ‚Beeinträchtigung von Körperstrukturen und –funktionen‘ betrachtet. Meine Wahl für den Titel der Arbeit fiel auf den Terminus der ICF, da hier immer auch die Kontextfaktoren mit einbezogen werden und eine grundsätzlich konstruktiv-positive und nicht bevormundende Haltung gegenüber Menschen gezeichnet wird. Eine defizitär ausgerichtete Sprache sollte und soll innerhalb dieser Arbeit vermieden werden, da es aus meiner Sicht mehr Sinn ergibt, Ressourcen in den Vordergrund zu stellen, um Lösungen für ein mögliches Problem zu finden.

Für den Begriff der ‚chronischen Krankheit‘ gibt es ebenso wie für den Begriff der ‚Behinderung‘ keine einheitliche Definition. In der ICF wird ‚chronische Erkrankung‘ nicht explizit definiert. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005) Auch im Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen findet der Begriff der chronischen Erkrankung keine Erwähnung.

Das RKI weist darauf hin, dass es keine einheitliche Definition gibt. Es schreibt selber: *"Als chronische Krankheiten werden lang andauernde Krankheiten bezeichnet, die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrende erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen."* (Robert Koch-Institut 2014, S. 41) Hierzu zählen

laut RKI Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. (Robert Koch-Institut 2014, S. 41)

Aus dem Verständnis der ICF heraus fallen Frauen mit einer sogenannten chronischen Erkrankung in den im Titel genannten Personenkreis. In Deutschland werden Menschen mit einer chronischen Erkrankung unter bestimmten Voraussetzungen als ‚behindert‘ eingestuft, z.B. im Sinne des §2, SGB IX. Bei Sichtung der verwendeten Literatur und Studien fiel auf, dass nicht immer eindeutig abgegrenzt wird, ob bei einer ‚Behinderung z.B.‘ eine chronische Erkrankung, Schädigung seit der Geburt, genetisch determinierte Erkrankung oder anderes vorliegt. Die Verwendung der Begrifflichkeiten findet nicht homogen statt. Aus diesem Grunde findet innerhalb der weiteren Auseinandersetzung nur dann eine Differenzierung statt, wenn diese in der untersuchten und ausgewerteten Literatur ihren Niederschlag findet.

In der weiteren Betrachtung der Thesis findet ein Ausschluss von Frauen mit einer psychischen Erkrankung und Frauen mit einer übertragbaren Erkrankung statt. Berücksichtigt werden Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung, welche keinen seelischen, psychischen oder infektiösen (z.B.: HIV) Ursprung hat. Ebenso findet ein Ausschluss der Personengruppe der Frauen mit Lernschwierigkeiten statt.

4. Als behindert geltende Frauen, Mutterschaft und Stillen – aktueller Forschungsstand

Von ‚als behindert geltenden Frauen‘ soll hier gesprochen werden, da sich die nationale und internationale Literatur keiner einheitlichen Termini bedient. Als behindert geltend deshalb, da ich hier von einem sozialen und gesellschaftlichen Konstrukt von Behinderung ausgehe, und daraus die Aufgabe ableite, mögliche Barrieren zu identifizieren und zu benennen.

Bezugnehmend auf die vorab definierten Grundlagen (Kap. 2. und 3.), soll hier untersucht werden, wie sich Mutterschaft und insbesondere das Stillen bei jenen Frauen darstellen. Es stellt sich die Frage, inwieweit sich die Beeinträchtigung in Körperstruktur und Körperfunktion direkt auf das Stillen auswirkt, und ob herausgefiltert werden kann, ob nicht auch Kontextfaktoren eine mögliche Différance (Vgl. Jacques Derrida) auslösen. Arbeitshypothese ist, dass es im Stillverhalten einen Unterschied gibt, und dass behindernde Kontextfaktoren das Stillen beeinflussen.

Angelehnt an den forschungsmethodischen Leitfaden zur Ermittlung, Evaluation und Implementation evidenzbasierter Innovationen von Voigt-Radloff et al (Voigt-Radloff S, Stemmer R et al 2016, S. 7) sollen in diesem Kapitel zuerst folgende Fragen beantwortet werden:

- Wie stellt sich die aktuelle Situation von Frauen mit Beeinträchtigung in Körperstruktur und Körperfunktion in Bezug auf Mutterschaft dar?

Um in einem weiteren Schritt zu differenzieren:

- Wie stellt sich das Stillverhalten bei Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur und Körperfunktion in Bezug auf die Stillraten dar?
- Gibt es Unterschiede zum Stillverhalten aller Frauen? (Stillraten und wenn möglich Stilldauer)
- Stellt sich das Stillverhalten von Frauen mit körperlichen Einschränkungen als versorgungsrelevantes Gesundheitsproblem dar?
 - Welche Auswirkungen hat die momentane Situation für die Betroffenen (Mutter und Kind)?
- Welche Erklärungsansätze gibt es

Um die Fragen zu beantworten findet eine Literaturlauswertung zum Stand der Forschung zum besonderen Bedarf und Bedürfnissen von Frauen mit körperlicher Einschränkung (rund um die Geburt) und beim Stillen statt. Ebenso wird gefragt, welche Erklärungsansätze es hier gibt oder ob diese erst entwickelt werden müssen.

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Juni bis Dezember 2016 in den folgenden Datenbanken und unter weiteren Adressen durchgeführt:

- Cochrane Library (<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search/advanced>)
- LIVIVO (www.livivo.de) incl. MEDLINE
- Katalog der Deutschen Nationalbibliothek (www.dnb.de)
- www.gbe-bund.de, www.rki.de, www.destatis.de
- www.frauengesundheitsportal.de, <http://db.dji.de/cgi-bin/db/default.php?db=22>
- <http://bidok.uibk.ac.at>

Es fand eine Eingrenzung auf die Jahre 2000-2016 statt. Soweit wurde zurück geblickt, um wichtige Studien aus den ersten Jahren des neuen Jahrtausends zu berücksichtigen (z.B. Hermes, 2004). Recherchiert wurde nach Cochrane Reviews, randomisiert kontrollierten Studien. Um Erklärungswissen zur Interpretation der quantitativen Daten zu gewinnen, wurden vor allem qualitative Studien, aber auch Reviews und Dissertationen einbezogen. Folgende Suchbegriffe wurden einzeln mit entsprechenden Trunkierungen und in Kombination eingesetzt: Breastfeeding or Breast Feeding or Lactation, Women or Mother or Maternal, Disease or chronic Illness or Handicap or Disability, Prevalence. Deutsche Begriffe wurden äquivalent verwendet.

Über Kombinationen mit MeSH-Deskriptoren wie Breast Feeding, Mothers, Chronic Disease, Disabled Persons und Prevalence konnten in der Cochrane Library nur unzureichende Treffer erzielt werden. Wichtig scheint zu erwähnen, dass die Kombination mit Mother etc. zu spezifischeren Treffern geführt hatte, ansonsten behandelten die gefundenen Studien eher die Kinder. Die vor Selektion zuerst hohen Trefferquoten resultierten vor allem aus dem Miteinschließen von Frauen mit HIV, psychischen Erkrankungen, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Studien aus Entwicklungsländern. Da eine gewisse Übertragbarkeit der Studien aus anderen Ländern sichergestellt werden soll, werden nur Untersuchungen eingeschlossen, deren Gesundheitssystem eine adäquate gesundheitliche Versorgung der Betroffenen gewährleistet. (Vgl. Lange, U. et al, 2015, 163) Da häufig in den Studien keine klare Abgrenzung der Begriffe chronische Erkrankung und Behinderung vorgenommen wird, bezieht die Auswertung beide mit ein. (Vgl. ebd.)

4.1 Behinderte Frauen und Mutterschaft

Um einen Rahmen zu spannen, in welchem sich die Diskussion um das Stillverhalten bewegen kann, soll hier ein kurzer Überblick gegeben werden, wie sich die Situation für Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung in Bezug zur Mutterschaft darstellt. Grundlage hierfür sind statistische Daten und Daten aus repräsentativen Erhebungen aus Deutschland und Großbritannien, daneben Aussagen eines wichtigen deutschen Reviews. Da es zum Bereich der als behindert geltenden Frauen in Deutschland Längsschnittstudien gibt, wie z.B. die KiGGS-Studie im Bereich der Kindergesundheit, kann keine Entwicklung nachverfolgt werden. Eine repräsentative fortlaufende Datenerhebung wäre sicher wünschenswert, auch, um den Einfluss von Interventionen beurteilen zu können.

Statistisch gesehen liegt das gebärfähige Alter einer Frau in Deutschland zwischen 15 und 49 Jahren. (Statistisches Bundesamt (Destatis), S. 8). 2013 zählte das Deutsche Statistische Bundesamt 346.104 schwerbehinderte Frauen im Alter zwischen 15 und 45 Jahren. (Statistisches Bundesamt 2015) Das Amt veröffentlicht alle zwei Jahre eine Statistik zu schwerbehinderten in Deutschland lebenden Menschen. Aufgenommen werden dort aber nur Menschen, welche nach §2, SGB IX als behindert gelten und mit Behindertenausweis registriert sind. Es ist von einer höheren Anzahl besonders bei Frauen auszugehen, da diese nicht immer einen Schwerbehindertenausweis beantragen, da sie sich aufgrund oftmals nicht vorhandener Erwerbstätigkeit kaum Vorteile versprechen und eine Stigmatisierung befürchten.

Allgemeine Krankheiten sind bei Frauen in Deutschland mit 86,5% die häufigste Ausgangslage für Behinderung. Eine angeborene Beeinträchtigung wie z.B. Gehörlosigkeit oder Blindheit ist bei

3,6% der registrierten Frauen die Ursache. (S.14) (Statistisches Bundesamt) Aber wie stellt sich die Lage in Bezug auf die Familiengründung dar?

Laut der Studie „Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“ (Zusammenfassung und Hintergrund s. Anhang I. Zusammenfassungen besonders wichtiger Studien, S. 73) lebten fast ebenso viele Frauen aus Haushalten (repräsentative Befragung, N=800) in einer aktuellen Partnerschaft wie die Grundgesamtheit aller Frauen in einer 2004 veröffentlichten repräsentativen Frauenstudie (N= 8.445) (72% vs. 75%). Dieses Verhältnis setzt sich mit 73% vs. 71% bei dem Anteil der Frauen mit Kindern fort. Ein ähnliches Verhältnis spiegeln die Ergebnisse der vertiefenden Zusatzbefragung der Studie bei Gehörlosen Frauen (N= 83) wieder, hier haben 71% der Frauen Kinder. Ganz anders sieht dies bei blinden Frauen (N=128) und körperbehinderten Frauen (N=130) aus. Von blinden Frauen haben lediglich 41% Kinder, bei den körperlich beeinträchtigten 42%. "Blinde und körperbehinderte Frauen der Zusatzbefragung hatten deutlich seltener eine aktuelle Partnerschaft, sie waren seltener verheiratet und hatten zu geringeren Anteilen eigene Kinder." (Schröttle et al. 2013, S. 271) Dies erklären die Autorinnen zum einen mit "... dem geringeren Ausmaß an dauerhaften Partnerschaften ..., andererseits aber auch mit realen oder antizipierten Einschränkungen durch die Behinderung, die dem Kinderwunsch entgegenstanden. (...) Darüber hinaus könnte aber auch eine Rolle spielen, dass Frauen mit Seh- und Körperbehinderungen in geringerem Maße in der Entscheidung für ein Kind von ihrer Umwelt bestärkt und entsprechend unterstützt werden, was auf gesellschaftliche Diskriminierung hinweist." (Schröttle et al. 2013, S. 270–271)

Der im Jahre 1999 veröffentlichte Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Senioren und Frauen bezeichnet dies konkret, nämlich, dass eine "... doppelte Diskriminierung - als Frau und Behinderte - ... auch in dem gesamten Bereich psychosozialer und medizinischer Hilfen" (gilt, BP). Ein hoher Bedarf an barrierefreien Beratungs- und Unterstützungsangeboten wird konstatiert. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001, S. 529–530)

Lange hat in ihrer Analyse qualitativer Studien zu chronisch kranken Frauen in der Zeit rund um die Geburt festgestellt, dass den Frauen oftmals Skepsis entgegen gebracht wird, wenn sie einen Kinderwunsch äußern. Die Gruppe der Frauen selber scheint demgegenüber hingegen ein gewisses Verständnis aufzubringen, da sie bereits durch die Erkrankung eine große Belastung bewältigen müssen. Sie vermuten auch eine geringere Akzeptanz seitens der Gesellschaft, da sie nicht dem allgemeinen Mutterbild zu entsprechen scheinen. Partner und Familie sehen sich damit konfrontiert, mehr Aufgaben in der Bewältigung des Alltags zu übernehmen. (Lange et al. 2015, S. 164)

Vielfach versuchen aber auch Eltern, selber Erwartungen zu kompensieren. Negative Äußerungen gegenüber der Elternschaft behinderter Menschen verärgern diese, sorgen aber bei Müttern teilweise dafür, sicher selber zu überfordern, und sich als "super-mom" zu gebärden. (Kaiser et al. 2012, S. 128) Unterstützung scheint von den Müttern nicht immer selber eingefordert zu werden. Hermes stellte in ihrer Studie zur Situation von behinderten Eltern (welche 2003 ein Novum in einem in Deutschland vernachlässigten Gebiet darstellte) fest, dass besonders Mütter (im Gegensatz zu den von ihr untersuchten behinderten Vätern) einen großen Leistungsdruck empfinden, alles perfekt machen zu müssen, um zu beweisen, der Mutterrolle auch gerecht zu werden. Dabei werden eigene Bedürfnisse zurückgestellt, was zu Überlastung und auch zu Isolation führen kann. Nach außen hin entsteht der Eindruck, dass die Familie den Alltag mühelos bewältigt. (Hermes 2003, 282f) "Die Notwendigkeit, Unterstützungsangebote zu schaffen, wird somit kaum realisiert." (Hermes 2003, S. 284) Lange wiederum konstatiert, dass sich Frauen Konzepte wünschen, die ein Mehr an benötigter Unterstützung berücksichtigen. Denn schon die mit der Krankheit zusammenhängenden "... oftmals aufwändigen medizinischen Maßnahmen erfordern grundsätzlich viel Zeit und Energie." (Lange et al. 2015, S. 164)

Ein ganz plastisches und auch einfaches, alltägliches Beispiel dafür, dass die Sorge für sich selber mit Kind schwieriger wird, gibt eine querschnittsgelähmte Frau: sie kann wegen des Einmalkatheterisierens (bei dem sie beide Hände benötigt) das Kind nicht mit auf die Toilette nehmen, so wie andere Mütter. (Kaiser et al. 2012, S. 128) Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen bedürfen teils aufwendiger Therapie- und Prophylaxe-Maßnahmen, damit ihre Gesundheit stabilisiert wird.

Als Zwischenfazit, nach Betrachtung der für Deutschland zur Verfügung stehenden Daten, kann die Notwendigkeit passgenauer Beratungs- und Unterstützungsangebote festgestellt werden.

Ein Blick nach Großbritannien zeigt, dass hier 9,4% (95% CI 8.7-10.0) der Mütter nach eigener Aussage eine 'longstanding illness' - langjährige Krankheit, disability - Behinderung/Einschränkung oder 'infirmity' – Gebrechen angeben. Die meisten dieser Frauen leiden unter Einschränkungen des Bewegungsapparates (29,3%), gefolgt von Erkrankungen der Atemorgane (14,7%). Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden nicht befragt. (Sumilo et al. 2012)

Neben den die Körperstrukturen bzw. -funktionen betreffenden Einschränkungen zeichneten sich die Betroffenen durch weitere Unterscheidungsmerkmale aus, bei denen man in einem multifaktoriellen Geschehen davon ausgehen kann, dass sie sich auf die Gesundheit der Mutter/des Kindes negativ auswirken:

Merkmale bei Frauen mit LLI (verglichen mit Frauen ohne LLI):

- Erhalt finanzieller Unterstützung (49,3% vs 35,3%)
- Finanzielle Schwierigkeiten (18,8% vs 9,5%)
- Kein Bildungsabschluss (20,4% vs 15,0%)
- Gewalttätigkeit des Partners (6,0% vs 3,3%)
- Rauchen während der Schwangerschaft (29,2% vs 20,8%)
- Frühgeburtlichkeit (10,9% vs 6,8%)
- Alleinerziehend (19,5% vs 13,9%)
- Die Kinder der Mütter hatten im Alter von 7 Jahren ein ihre Aktivität einschränkendes Gesundheitsproblem (12,0% vs 6,2%) (Sumilo et al. 2012)

Redshaw et al bestätigen die Diskrepanzen in ihrer 2013 veröffentlichten Studie, welche auf der Befragung von insgesamt 24.155 britischen Frauen basiert. Auch hier wird als problematisch gewertet, dass eine höhere Rate an Frühgeburtlichkeit (12,2 % vs. 7,1%), ebenso wie ein niedriges Geburtsgewicht (LBW 8,3% vs. 4,8%) vorhanden ist. (Redshaw et al. 2013, S. 3)

Die Ergebnisse der Erhebungen von Sumilo und Redshaw deuten darauf hin, dass die Beeinträchtigung im Sinne einer 'disability' nicht isoliert von Kontext- oder Verhaltensfaktoren wie der finanziellen Situation oder dem Rauchen gesehen werden kann. Vielmehr kann ein Wechselspiel zwischen Beeinträchtigung von Körperstrukturen/-funktionen und Kontextfaktoren vermutet werden – und dieser untereinander. Hieraus lässt sich vorsichtig im Vorgreifen auf die Ergebnisse des Kapitels 4.2 ableiten, dass eine Intervention zur Förderung des Stillen bei der Zielgruppe nicht isoliert auf einen Bereich abzielen darf, sondern dass das multizentrische Geschehen Berücksichtigung finden muss.

Insgesamt unterscheidet sich die Gesamtzufriedenheit der behinderten Frauen rund um die Geburt nicht wesentlich von der der anderen Frauen (85,8% vs. 88,5%). Jedoch wurde das Einbeziehen bei Entscheidungen weniger gut bewertet: "... the exception being that woman with a physical disability or long term condition were significantly less likely to report feeling involved enough in decision-making about their care (65% vs. 72%)." (Redshaw et al. 2013, S. 6) Negativ bemerkenswert finde ich es meinerseits, dass auch bei den Frauen ohne Beeinträchtigung noch nicht einmal ein Viertel mit der Einbeziehung bei der eigenen Versorgung zufrieden war.

Möglicherweise hängt die Zufriedenheit mit der Versorgung rund um die Geburt mit weiteren Faktoren zusammen: Frauen mit körperlichen Einschränkungen können weniger frei den Geburtsort oder die Geburtsposition wählen. Dies kann einen negativen Effekt auf den Geburtsverlauf nehmen. Selbstbestimmung wird eingeschränkt. Sie haben eine relevant höhere Kaiserschnitttrate (38% vs. 24%) und bleiben postnatal länger in der Klinik. Dies kann sich in der Folge dann auch negativ auf das Stillen auswirken. (Redshaw et al. 2013, S. 6)

Lange filtert denn in ihrer Analyse als weiteren Faktor heraus, dass sich chronisch kranke Frauen in der Zeit des Mutterwerdens in einem Spannungsfeld der medizinischen Kontrolle und Hilfe durch das medizinische Personal befinden. Dies kann zu Ambivalenzen im Betreuungsverhältnis führen. (Lange et al. 2015, 165f) Nach Lipson und Rogers (2000) steht in der Versorgung von Schwangeren und Gebärenden mit der Einstufung 'Risikoschwangerschaft' die Gesundheit des Kindes für behandelnde Gynäkologen eher im Fokus als der Gedanke an die Gesundheit der Mutter. (Thomas 2003, S. 385) Die Erfahrung, dass die Frauen während der Schwangerschaft engmaschig betreut werden, um die Gesundheit des Kindes zu gewährleisten, wird konterkariert durch das "auf-sich-selber-zurückgeworfen-Werden" nach der Geburt. Hier fehlt ein Interesse an den gesundheitlichen belangen der Frauen aus deren Sicht, birgt aber auch die Chance, wieder die Kontrolle über sich selber zurück zu gewinnen. (Thomas 2003, S. 402)

Lange zitiert als logische Konsequenz aus dieser Lage heraus Corbin: "Corbin (1987) empfiehlt, den Frauen ein Spektrum an Entscheidungsmöglichkeiten und Informationen anzubieten, um sie aktiv und fachlich begleitet in das Krankheitsmanagement einzubinden." (Lange et al. 2015, 165f) Vielfach steht auch aus meiner beruflichen und privaten Wahrnehmung heraus in der Zeit von Schwangerschaft bis lange nach der Geburt vor allem die Gesundheit und das Wohlergehen des Kindes im Fokus der Gesundheitsversorgung, weniger das der Mütter. Hier sehen sich gesundheitlich beeinträchtigte Frauen vor einer besonders großen Herausforderung: "Frauen mit chronischen Erkrankungen müssen in der Zeit rund ums Mutterwerden sowohl die grundsätzlichen Herausforderungen dieser Lebensphase als auch die Besonderheiten ihrer Erkrankung bewältigen." (Lange et al. 2015, S. 162) Wichtig scheint für viele Betroffene auch zu sein, dass sie nach der Entbindung, also in der postnatalen Periode, wieder zu einem " ... bewährten mit relativer Autonomie gehandhabten Krankenmanagement zurückkehren wollen." (Lange et al. 2015, S. 167)

Hieraus kann das Fazit entwickelt werden, dass in der Beratung und Unterstützung der (werdenden) Mütter unbedingt das ganzheitliche Wohlbefinden der Frauen berücksichtigt werden muss. Ganzheitlich deshalb, da es sich nicht um eine bloße Fokussierung auf Gesundheitsparameter beschränken darf, und um einem psychosomatischen Ansatz gerecht zu werden. Dabei sollten die Kontextfaktoren berücksichtigt werden.

Innerhalb des Mutterwerdens befinden sich die betroffenen Frauen zwischen der Bestärkung ihrer Identität als Frau und dem Gefühl von Normalität und Teilhabe, versus dem Gefühl, durch die Erkrankung immer auch einen Sonderstatus unter den Schwangeren/Müttern zu besitzen. (Lange et al. 2015, 166f) Hier können Umfeld und Gesundheitspersonal positiv daran mitwirken, dass Normalität und Teilhabe in den Vordergrund treten.

4.2 Frauen mit Beeinträchtigungen in Körperstruktur und Körperfunktion und Stillen

Als Annäherung an das Thema Stillen bei den betroffenen Frauen werden Prävalenzen zum Stillverhalten der Zielgruppe auf nationaler und internationaler Ebene herangezogen, soweit sie vorliegen. Eine erste Interpretation, soweit sie aufgrund der lückenhaften Datenlage möglich ist, wird mithilfe subjektiver Aussagen von Betroffenen vorgenommen.

4.2.1 Stillraten und Stilldauer

Zum Stillverhalten in Bezug zur Stilldauer bei behinderten Frauen konnten mit den beschriebenen Suchkriterien weltweit zwei Studien, beiden aus Großbritannien, gefunden werden. Für Deutschland liegen keine Daten in Bezug auf den Status von Behinderung seitens der Mutter vor.

Stilldauer	Beeinträchtigte Frauen	Frauen ohne Beeinträchtigung	p-Wert
<i>Sumilo et al (2012)</i> 'Limiting longstanding illness'	Yes (n=1.705) %	No (n=16.527) %	p<0.001
Niemals gestillt	33,5	30,1	
< 1 Woche	12,2	10,5	
1 Woche – 3 Monate	28,7	26,1	
> 3 Monate	25,6	33,4	
<i>Redshaw et al (2013)</i> 'disabled women'	Yes (n=1.482) %	No (n=22.673) %	P<0.001
Jemals gestillt	77,3	84,4	
In den ersten Tagen voll oder teilgestillt	70,1	79,4	

Tabelle 2: *Stilldauer im Vergleich* (Sumilo et al. 2012, S. 4–5) und (Redshaw et al. 2013, S. 5)

Das Stillverhalten von Frauen mit Schädigungen der Körperstrukturen bzw. -funktionen unterscheidet sich signifikant von dem der nicht beeinträchtigten. Zur Stillintensität liegen bei Sumilo et al Studie keine Daten vor. Auch wurde das Stillverhalten nicht interpretiert. Ins Auge stechen die niedrigeren Stillraten bei beeinträchtigten Frauen, insbesondere beim Stillen, das länger dauerte als 3 Monate. (Sumilo et al. 2012, S. 4–5)

Deutlich zeigt sich auch bei Redshaw et al im Stillverhalten ein Unterschied zwischen Müttern mit und ohne Einschränkungen. Jemals gestillt wurden die Babys bei 77,3% der behinderten Mütter

vs. 84,4%. Differenziert wurde hier zusätzlich zwischen den einzelnen Beeinträchtigungsarten. Die Stillrate bei den körperlich beeinträchtigten Müttern ist mit 80% moderat höher als bei der zusammengefassten Gruppe, aber immer noch niedriger als bei der nicht-behinderten.

Noch deutlicher ist der Unterschied beim Stillen in den ersten Tagen mit 70,1% vs. 79,4%. Auch hier bei unserer Zielgruppe wenig besser mit 74%. (Redshaw et al. 2013, S. 5)

Bedauerlich ist die Lücke in der Erfassung der Stillintensität. Wenn ein Kind in der ersten Woche ausschließlich gestillt wird, lässt sich hieraus recht zuverlässig ableiten, dass es wie von der WHO empfohlen sechs Monate ausschließlich gestillt wird und noch darüber hinaus bei Einführung von Beikost. Deshalb wird die erste Woche des Stillens als sensibles Zeitfenster bezeichnet und ist in der Betreuung der Mutter-Kind-Paare so wichtig. Sobald das Stillen mit ca. sechs Wochen des Kindes etabliert ist, ist es sehr störunanfällig. (hier noch Quelle, wenn Zeit da ist, ansonsten „nur Expertenwissen“)

Die erhaltene Anleitung beim Füttern der Kinder (Anm. BP: es wird nicht beschrieben, ob damit das Stillen gemeint ist) stellt sich bei Redshaw et al in beiden Gruppen als katastrophal dar: Von allen Müttern erhielten lediglich 44% überhaupt eine Anleitung, nur 36% der Frauen erhielt eine widerspruchsfreie Beratung zum Füttern ihres Babys. (Redshaw et al. 2013, S. 4) Ein wichtiges Zeitfenster wird hier also nicht genutzt; der Stillerfolg wird kaum förderlich durch das Gesundheitspersonal beeinflusst. Die Autorinnen kommen in ihrer Analyse zum Schluss, dass in der Praxis ein Bedarf an Fortbildungen in der Versorgung von behinderten Frauen für Gesundheitsmitarbeitende besteht in den Bereichen der Beratung, Kommunikation und 'infant feeding', führen das aber nicht weiter aus. (Redshaw et al. 2013, S. 13)

Stillen scheint eine hohe Bedeutung für betroffene Mütter zu haben. Neben der Ernährung spielt der Aufbau einer Bindung zum Kind eine große Rolle. "For these women their infants were their world: ‚you'd do anything for them´. Four of the seventeen women bonded intimately through breast feeding: "... I enjoyed breast feeding ..." (Walsh-Gallagher et al. 2012, S. 158) Diese oder ähnliche Aussagen sind in den meisten Studien zum Stillen bei körperlichen Beeinträchtigungen enthalten. Erfolgreiches Stillen scheint Mutter und Kind zu bereichern. Die Frauen mit Fibromyalgie aus Schaefer's Studie (2004) wollten gerne stillen, haben dies bei Erfolg als große Bereicherung wahrgenommen und waren bei vorzeitigem Abstillen frustriert. (Schaefer 2004) Hierzu kam es zum Beispiel durch Schmerzen, Muskelschmerzen, Steifheit, wundene Mamillen, Müdigkeit, depressiven Stimmungen und Schmerzmitteln. (ebd.) Stillen ist für Frauen mit Schädigungen der Körperstruktur nicht immer selbstverständlich, funktioniert nicht „automatisch“. So wird zwar von Dawood et al (2014) Stillen bei Frauen mit Rückenmarkschädigungen als "normal" bezeichnet. Bei einer Schädigung in Höhe über T4 muss der Milchspendereflex aber über eine zusätzliche Stimula-

tion durch visuelle Stimulation oder Oxytocinspray erfolgen. Der Milchspendereflex wird bei nicht geschädigten Frauen über das Saugen des Kindes an der Brust gesteuert. Der taktile Reiz wird über eine Nervenleitbahn zwischen den Wirbeln T4 und T6 gesteuert. Dieser Weg ist bei den gelähmten Frauen beeinträchtigt. Dennoch können sie durch die o.g. Maßnahmen ein Langzeitstillen erreichen. (Dawood et al. 2014, S. 105) Diese exemplarischen Beispiele bieten einen kleinen Einblick darein, mit welchen Anstrengungen Stillen verbunden sein kann. Es kann nicht als selbstverständlich begriffen werden. In der vorliegenden Arbeit sollen aber weniger die körperlichen Gründe, denn die äußeren Faktoren analysiert werden, was ab Kapitel 5. Wieder aufgegriffen wird.

4.2.2 Stillverhalten als versorgungsrelevantes Gesundheitsproblem - Auswirkungen auf Mutter und Kind

Aufgrund der in Kapitel 2.1 vorgestellten Datenlage zu den Folgen des Nicht-Stillens hat es weitreichende gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind, wenn nicht gestillt wird. Schaut man sich die auf die Zielgruppe bezogenen Merkmale noch einmal genauer an, lässt sich ein deutliches unmittelbares Gesundheitsproblem erkennen, da Mutter und Kind durch ein Nicht- oder nur kurzes Stillen wertvolle gesundheitliche Vorteile vorenthalten werden.

Ein Argumentationsstrang, welcher in der Praxis der Stillberatung eine dominante Rolle gegenüber den sozialen Aspekten des Stillens/Nichtstillens spielt, ist der der körperlichen Auswirkungen auf Mutter und Kind. Eine an Diabetes mellitus erkrankte insulinpflichtige Mutter wird durch Stillen einen wesentlich geringeren Bedarf an Insulin haben als eine nicht stillende, der Stoffwechsel kommt postnatal schneller wieder ins Gleichgewicht. (Walker 2017, S. 664) Das entsprechende Baby ist postnatal gefährdet, eine Hypoglykämie zu entwickeln. Hier ist Stillen, bzw. die Gabe von Kolostrum Mittel der Wahl, um dem vorzubeugen. (ebd. S. 666)

Frühgeborene Kinder profitieren in einem hohen Maße durch Muttermilchernährung. So reduziert sich zum Beispiel das Risiko, an einer nekrotisierenden Enterokolitis zu erkranken wesentlich (Walker 2017, S. 427) Auch in anderen Bereichen, wie die Vermeidung von nosokomiale Infektionen oder Unterstützung der neurologischen Entwicklung, stellt die Ernährung mit Muttermilch einen elementaren Vorteil für die Kinder dar. (Walker 2017, S. 428) Nicht zuletzt kann die Bindung zwischen Mutter und Kind durch das Stillen gefördert werden.

4.2.3 Bedeutung für die Gesellschaft

In unserer Kultur gilt es als Norm, dass Frauen ihre Kinder stillen. Dies spiegelt sich unter anderem in den gestiegenen Zahlen zum Stillen direkt nach der Geburt wieder. Vgl. (Lange et al. 2007)

Wenn behinderte Frauen seltener und kürzer stillen als Frauen ohne Beeinträchtigungen der Körperstruktur und –funktion, dann bedeutet dies, dass innerhalb der Gesellschaft Teilhabe und Inklusion weniger ermöglicht und gelebt werden als durch das Gesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gefordert.

In Artikel 6 - Frauen mit Behinderung - wird von einer mehrfachen Diskriminierung gesprochen, welcher durch geeignete Maßnahmen entgegengewirkt werden soll. (S. 1426–1427) In Artikel 25 - Gesundheit - werden die Vertragsstaaten dazu aufgefordert, die Gesundheitsfürsorge von Diskriminierung freizuhalten und in der Qualität allen gleichberechtigt anzubieten. Gesundheitsberufe erhalten hierzu einen expliziten Auftrag. (S. 1438–1439) Bereits alleine aus diesen gesetzlichen Anforderungen lässt sich ein deutlicher Auftrag zur gesundheitlichen Versorgung der (durch Umweltfaktoren) behinderten Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und –funktionen ableiten.

Neben den Folgen verwehrter Teilhabe und Inklusion (Kap. 3.) besteht ein weiteres gesellschaftlich relevantes Gesundheitsproblem. Gesundheitsökonomisch und volkswirtschaftlich gesehen ist es unverständlich, dass nicht weiter über das bisherige Maß in die Förderung und den Schutz des Stillens investiert wird. Durch Risikoreduzierung wegen Stillens können zahlreiche Erkrankungen vermieden werden, die monetäre Belastung des Gesundheitssystems verringert. Vgl. (Rouw et al. 2014) Armut oder finanzielle Not spielt wie oben bereits genannt häufig eine Rolle in Familien mit einer behinderten Mutter. Die Kosten für künstliche Säuglingsnahrung können durch Stillen vermieden werden, sodass die Familien nicht zusätzlich durch die Kindesernährung finanziell belastet werden.

Zusammenfassend lässt sich beschreiben, dass es sich bei dem aktuellen Stillverhalten bei Müttern mit körperlichen Einschränkungen insgesamt um ein gesundheitsrelevantes Problem handelt, und zwar aus folgenden Gründen:

- Nicht-Stillen birgt neben den allgemeinen gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind weitere spezifische Nachteile
- Fehlende Teilhabe kann zu einem Festigen der Sonderstellung innerhalb der Gruppe der Mütter führen. Dies kann zu Stress und Isolation führen, beides wirkt sich gesundheitlich abträglich aus.
- Durch Nicht-Stillen steigen die Gesundheitskosten.

Wenn das Stillen für die Mutter zu einer psychischen oder körperlichen Belastung wird, welche sie nicht tragen möchte oder kann, ist hier seitens der Beratenden mit großer Sensibilität vorzugehen. Denn auch eine Entscheidung gegen das Stillen muss respektiert werden. Hier sollte dann die

Mutter (und der Vater) bei Bedarf darin beraten werden, wie auch ohne das Stillen die Bindung zum Kind gefördert und das Kind in seiner Entwicklung unterstützt werden kann.

Auf keinen Fall darf meines Erachtens das Stillen die oberste Priorität haben, wenn es nicht dem Wohlergehen der Mutter und des Kindes dient, da dies immer im Vordergrund stehen sollte. Selbstredend ist darin inkludiert, dass kein Druck auf die Mutter ausgeübt werden darf.

4.3 Eigene Beobachtungen und Zwischenfazit

Eben genannte körperliche Nachteile des Nichtstillens sind sowohl auf Seiten der Mutter als auch des Kindes quantitativ durch die Messung medizinischen Parameter nachweisbar. Mindestens gleichberechtigt sollten aber die psychischen und seelischen Folgen betrachtet werden, da sie sich in Bezug auf die Mutter-Kind-Bindung lange auswirken. Aus meiner empirischen Beobachtung und aus zahlreichen Gesprächen mit Müttern und Stillberaterinnen schlussfolgere ich, dass Stillen, wenn es von der Mutter und ihrem sozialen Umfeld mitgetragen und gut angeleitet wird, sich sehr positiv auf das Verhältnis zwischen Mutter und Kind auswirkt. Mütter zeigen oft einen großen Willen und Durchhaltevermögen, Schwierigkeiten seitens des Kindes (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Frühgeburtlichkeit, hypotones Kind) und Barrieren, wie sich widersprechende Stillanleitungen, unqualifizierte Ratschläge durch das Umfeld und Mutter-Kind-Trennung zu überwinden und das Kind dennoch zu stillen.

Natürlich gibt es Mütter, die sich aus unterschiedlichen Beweggründen gegen das Stillen entscheiden, auch hier lässt sich die Mutter-Kind-Bindung durch viel Haut zu Haut Kontakt stärken. (Moore et al. 2012) Diesen Müttern sei das Nichtstillen nicht genommen oder in Frage gestellt und auch nicht die Anerkennung ihrer Mutterschaft. Mir geht es in der Argumentation um diejenigen Mütter, die aufgrund äußerer Barrieren von einer Aktivität (des Stillens) abgehalten werden. Welche Enttäuschung erleben, wenn das Stillen nicht wie gewünscht funktioniert. Diesen Müttern sollte kompetente Beratung zur Seite stehen und eine Begleitung in ihrer Absicht, ihr Kind durch Stillen/Muttermilch zu ernähren. In einigen Genderstudien wird das Stillen als Norm sehr negativ bewertet, da Mütter unter Druck geraten können, stillen zu ‚müssen‘. Dieser gesellschaftliche Druck ist nicht zu rechtfertigen. Durch die alleinige Betrachtung der evidenzbasierten Daten alleine kann es meines Erachtens zu einer einseitigen Bewertung des Stillens kommen. Dies dient nicht dem Verstehen der Mütter.

In der gesundheitlichen Versorgung der Mütter und Kinder sollte eine vorbehaltlose und kompetente Stillberatung enthalten sein, um die Familien in einem ihnen und ihren Einstellungen entsprechenden positiven Stillverlauf zu unterstützen. Damit dies aber gelingen kann, benötigen Personen, die Stillberatung anbieten, zum einen die inhaltliche Kompetenz, um in besonderen Situa-

tionen korrektes Hintergrundwissen zu erklären und daraus geeignete Schritte mit der Mutter/Familie zu planen. Auf der anderen Seite ist neben Beratungskompetenz das Verstehen der Situation der Mütter/Familie wichtig.

Zum jetzigen Zeitpunkt vermute ich, dass das Stillverhalten von Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstruktur und Körperfunktion bis auf seltene Ausnahmen des funktional Nicht-Stillens oder Dürfens eher weniger vom körperlichen abhängt, als von der Beeinflussung von Umweltfaktoren. In der ICF finden sich das Stillen bezogene Körperfunktionen finden sich hier unter "Fortpflanzungsfunktionen" (b 660) mit der Bezeichnung Laktation und Agalaktie (fehlende Milchproduktion während der Stillperiode). Der Laktation kann eine volle Funktionsfähigkeit zugrunde liegen, welche es ermöglicht, den Säugling in vollem Umfang zu nähren und zu stillen (ausschließlich), wenn die Mutter dies im Rahmen ihrer Aktivität wünscht und durch ein entsprechendes Stillmanagement unterstützt wird. Dies kann ihr mit dem Säugling die Partizipation (Teilhabe) im Rahmen einer Mutterschaft ermöglichen, die ihren Vorstellungen entspricht. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 17–19)

Von den in den Kapiteln 2.1 und 4.2 dargestellten Erkenntnissen aus kann von einem „versorgungsrelevanten Gesundheitsproblem“ für die betroffenen Frauen, ihre Kinder und in der Folge für die Gesellschaft ausgegangen werden. Um einen Ansatz zu erhalten, von dem in einem späteren Projekt mögliche Interventionen beurteilt werden können, und vor allem in dieser Arbeit, um das Verhalten der Frauen zu verstehen, sollen unter anderem "Zielgrößen, in denen die meisten Betroffenen Verbesserungen wünschen, ..." (Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Greening M, Binnig M, Mattern E, Heldmann P, Wasner M, Braun C, Lohkamp M, Marotzki U, Kraus E, Oltman R, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S 2016, S. 7) benannt werden.

Aus den bisher dargestellten Erkenntnissen formuliere ich folgende Fragen, welche durch die bisher einbezogene Literatur nicht beantwortet werden konnten, ja geradezu aufgeworfen werden. Es sollen hierdurch Erkenntnisse für die gesundheitliche Versorgung der Mutter-Kind-Paare/Familien generiert werden:

- Welche Förderfaktoren und Ressourcen benennen Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstruktur und Körperfunktion in Bezug auf ihr Stillverhalten und Stillerleben?
- Welche Barrieren behindern Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstruktur und Körperfunktion in ihrem Stillverhalten und Stillerleben?
- Welche Anforderungen an die gesundheitliche Betreuung der Frauen/Mutter-Kind-Paare/Familien lassen sich hieraus vorsichtig ableiten?

- Was bedeutet dies über den Bereich der gesundheitlichen Versorgung hinaus?

5. Analyse des Einflusses von Umweltfaktoren

Im Rahmen der Beantwortung der Fragen soll ein erweitertes Verständnis im Sinne des Verstehens der betroffenen Frauen generiert werden. Dies lehnt sich an die in den vorangegangenen Kapiteln entwickelte Logik der Betrachtung der Außenwelt in der Konstruktion von Behinderung an (s. Kap. 3.1, S. 25). Der Einfluss von Umweltfaktoren auf das Stillen bei der betrachteten Zielgruppe soll nun systematisch untersucht werden.

5.1 Methodik

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln eine Orientierung am *Allgemeinen* im Sinne der Autoren von Wright (1974) und Riedel (1978) in Mayring (2010), auf Grundlage quantitativer Daten stattfand, soll nun eine Orientierung am *Besonderen*, im Sinne einer qualitativen Wissenschaft geschehen. (Mayring 2010, S. 19) Hierfür werden qualitative Studien zum Themenbereich des Stillens und Wochenbett bei behinderten Frauen zur Auswertung herangezogen.

Kern bei der Analyse ist, mittels der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, welche dann anhand von Kategorien konzeptualisiert werden, um das Material dann letztendlich aufgrund dieser Aspekte systematisch zu beschreiben. (Schreier 2014, Abs. 8) Vor der Auswertung des Materials wird ein vorläufiges Kategoriensystem entwickelt. Die Konstruktion eines deskriptiven Systems nach Mayring (2002) wird aus theoretischen Überlegungen der in den Kapiteln 2.-4. dargelegten Inhalte und meinem Vorverständnis als IBCLC heraus entwickelt. Es bildet die Grundlage für ein beschreibendes Kategoriensystem, welches der weiteren Auswertung dient. (Mayring 2002, 99f) Die Kategorien werden innerhalb des Materialdurchlaufes laufend spezifiziert.

Das Material wird mittels der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. (Mayring 2002, 101f) Hierbei orientiere ich mich im Ablauf am Modell von Mayring (Mayring 2002, S. 102), seinem allgemeinen Ablaufmodell der strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010, S. 93) und modifiziere es nach Schreier (Schreier 2014, Abs. 9 und 10) folgendermaßen:

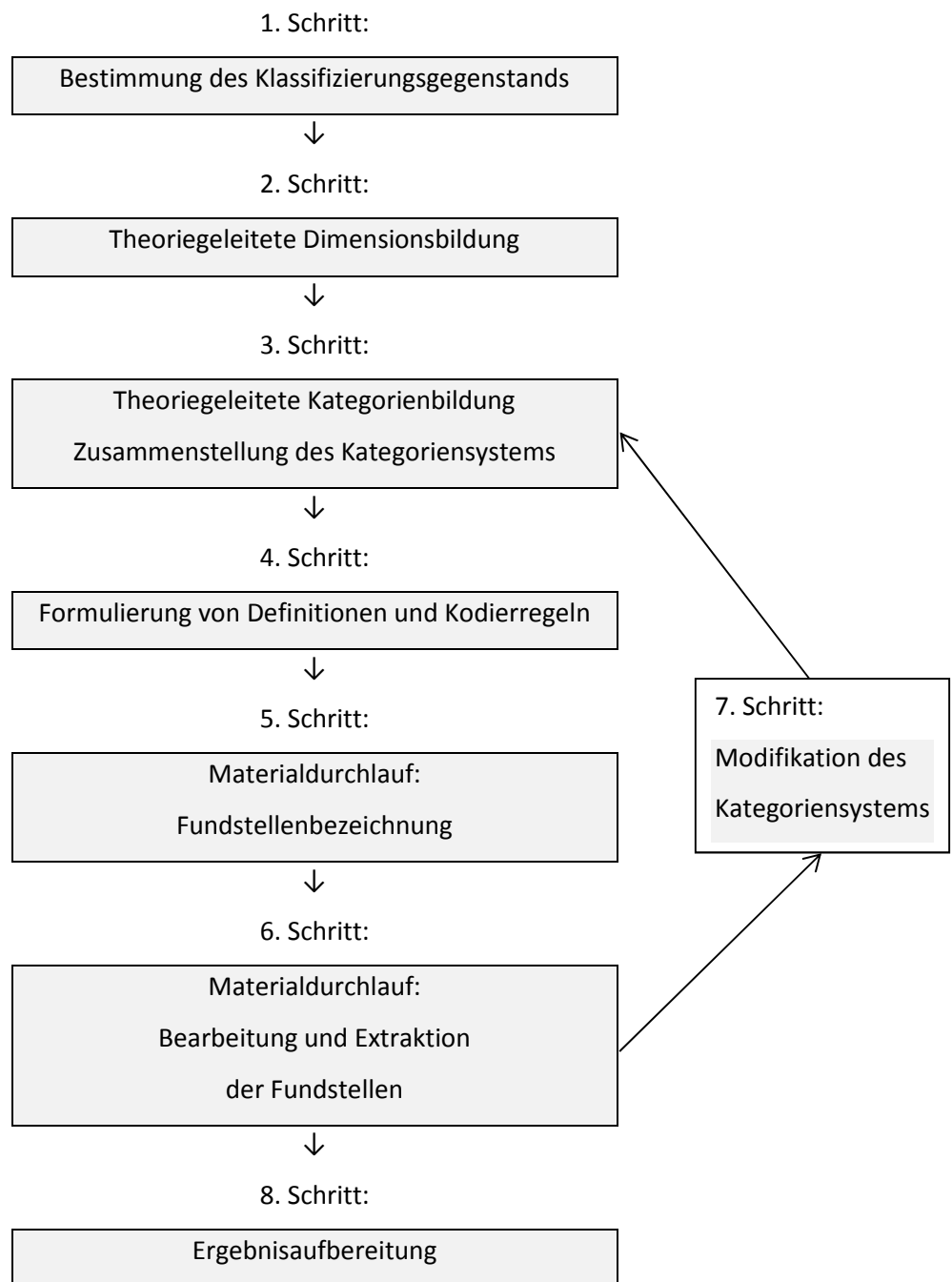


Abbildung 2: Ablauf der Konstruktion eines deskriptiven Systems zur Erörterung des Einflusses von Umweltfaktoren auf das Stillen bei Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen.

Unter Nutzung des dargestellten Systems findet die Kategorienbildung deduktiv-induktiv statt. Die von Mayring geforderte Notwendigkeit einer Probekodierung und eines Probedurchlaufs mit einem Teil des Materials mit anschließender Überarbeitung des Kategoriensystems (Mayring 2010, S.93) entfällt mit der kontinuierlichen Anpassung der Kategorien am Material (nach Steigleder 2008, S.188f in Schreier 2014). (Schreier 2014, Abs. 10) Die Passung des Kategoriensystems an das Material wird damit sichergestellt.

Um das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse und der Entwicklung der Kategorien in relevanten Hinsichten zu spezifizieren und damit auch die Gegenstandsangemessenheit des Verfahrens zu sichern (Schreier 2014, Abs. 59), sollen weitere Punkte, angelehnt an das Werkzeugkastenmodell Margit Schreiers (Schreier 2014, Abs. 58) und Mayring (2010), ausgeführt werden:

Das zur Auswertung herangezogene *Material* besteht aus qualitativen Studien, welche die Perspektive der betroffenen Frauen beleuchten. Konkret wird die Auswahl in Kapitel 5.3 dargestellt.

Das *Kategoriensystem* wird wie oben vorgestellt erarbeitet. Da es sich im Rahmen der Master-Thesis um eine Einzelarbeit handelt und kein begleitendes Forschungskolloquium besucht wurde, beruhen alle Auswertungen ausschließlich auf den Einschätzungen der Autorin. Es werden alle gefundenen, den Auswahlkriterien entsprechenden Studien zur Ausarbeitung des Kategoriensystems herangezogen.

Als *Kodiereinheiten* dienen Aussagen im Textmaterial, welche sich auf eine Sache beziehen. Sie können wenige Wörter bis zu mehreren Sätzen umfassen. Die Kodiereinheiten werden im Text mit Buntstiften ihrer Kategorie entsprechend farblich markiert und nach dem Materialdurchlauf einer Studie in das Kategoriensystem nach Bearbeitung und Extraktion (Paraphrasierung) übernommen. Das Kategoriensystem wird laufend modifiziert, eine Probekodierung entfällt hierdurch. Die Kodierung übernimmt die Autorin. Sollten Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, gilt die Regel, dass die Kodiereinheit der Kategorie zugeordnet wird, die am eindeutigsten von außen zu beurteilen ist. (Mayring 2010, S. 92) Dies würde beispielsweise bedeuten, dass Empfehlungen, welche zum Stillen gegeben werden (z.B. durch Fachpersonal oder Familie), wenn nicht eindeutig bezeichnet, eher der Kategorie „Unterstützung und Beziehung“ denn der Kategorie „Einstellungen“ zugeordnet werden. Dadurch soll eine Interpretation meinerseits, welche ggf. durch eine negative Grundhaltung aufgrund gesammelter Erfahrungen beeinflusst ist, so weit wie möglich vermieden werden.

Die *Ergebnisdarstellung* findet anhand des modifizierten Kategoriensystems in Kapitel 6. statt.

5.2 Vorläufiges Kategoriensystem

Anhand der Analyse der qualitativen Studien sollen die weiter oben vorgestellten Forschungsfragen (s. S.44) erörtert werden. Als Dimension bei der Auswertung dienen die in der ICF aufgeführten Umweltfaktoren (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 125–142). Eine Anpassung im Sinne der Bildung vorläufiger Kategorien findet mithilfe der in den vorherigen Kapiteln dargestellten Inhalte statt, was an dieser Stelle nun vorgestellt werden soll:

I. Produkte und Technologien

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 125–129)

Diese Kategorie umfasst alle Produkte und Technologien, die Mutter und Kind in ihrer Interaktion unterstützen bzw. behindern.

- Hilfsmittel wie z.B. Stillkissen zum Positionieren der Mutter und des Kindes , Milchpumpen zum Anregen der Milchbildung und Gewinnung von Muttermilch bei Trennung von Mutter und Kind, oder wenn das Kind die Brust nicht effektiv leeren kann (z.B. bei Kiefer- oder Gaumenspalten)
- Medikamente, die mit dem Stillen zu vereinbaren sind
- Transportmittel: bei Mutter-Kind-Trennung, zum Aufsuchen von Beratungsangeboten
- Technische Geräte zur Kommunikation und Wissenserwerb (z.B.: Smartphone, Internet)
- Barrierefreie Umgebung (private und öffentliche Gebäude, Räume, Mobiliar)
- Finanzielle Mittel, um privat zu finanzierende Leistungen, wie z.B. Stillberatung bei IBCLCs außerhalb der Betreuung durch die Vorsorge-/Nachsorgehebamme zu bezahlen

II. Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 130–132)

- Tag-/Nachtzyklen wie z.B. durch die Umgebung gestörte Nachtruhe, hiermit ist nicht das Kind gemeint, sondern Umstände in 2- und 3-Bett-Zimmern, Besucher auf der Geburtsstation etc., Störung durch Routineuntersuchungen außerhalb der Wachphasen von Mutter und Kind
- Geräusche und Lichtverhältnisse
- Verwirrende und überwältigende Gerüche wie Parfüme

III. Unterstützung und Beziehung

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 132–133)

Diese Kategorie beschreibt das Ausmaß an physischer und emotionaler Unterstützung durch andere Menschen, nicht deren Einstellung.

- Engster Familienkreis incl. Partner, Kinder Eltern und Geschwister
- Freunde, Bekannte, Peers (Seinesgleichen)
- Autoritätspersonen z.B. bei einer gesetzlichen Betreuung
- Persönliche Hilfe- und Pflegepersonen wie beispielsweise Elternassistenz
- Fachleute der Gesundheitsberufe

Aspekte dieser Kategorie wurden in Bezug auf die Lebenssituation der behinderten Frauen betrachtet (s. S. 36, Sumilo) in Bezug auf Alleinerziehende und Gewalttätigkeit des Partners, aber auch die Unterstützung durch den Partner oder die Familie (s. S.19, Sinha). Auch der Austausch mit Peers (Mütter, Betroffene) oder Beratung durch Fachleute aus Gesundheitsberufen sei zu nennen (ebd.) Lange (s. S.34) nennt auch die Rücksichtnahme in Bezug auf Anpassungsleistungen der Mütter bei chronischer Erkrankung.

IV. Einstellungen

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 134–135)

Die Kategorien umfassen „ ... beobachtbare Konsequenzen von Sitten, Bräuchen, Weltanschauungen, Werten, Normen,...“ tatsächlicher oder religiöser Einstellungen. (ebd., S.134) „Die ... Einstellungen beziehen sich auf Personen des Umfeldes der zu beschreibenden Person und nicht auf die zu beschreibende Person selbst.“ (ebd.) Die Untergliederung lehnt sich an die der Kategorie III. Unterstützung und Beziehung an.

Hier wären Vorstellungen der Personen in Bezug auf das Stillen oder die Mutterrolle denkbar (s. Kap. 4.1, S. 37).

V. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

(Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI 2005, S. 135–142)

Hiermit sind Dienste gemeint, die Leistungen in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft erbringen. Diesen übergeordnet sind Systeme zur Steuerung. Beiden liegen Handlungsgrundsätze zugrunde. Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, welche Folgende bieten und regulieren:

- Konsumgüter, hier bspw. Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und deren Regulierung
- Gesetze, Vorschriften und Standards zur Errichtung von Gebäuden, Grundlagen barrierefreien Bauens
- ÖPNV, Infrastruktur
- Vereine und NGOs wie z.B. die La Leche Liga (hier ist die Struktur gemeint, die z.B. Beratungsleistungen zur Verfügung stellt)
- Sozialversicherung, -hilfe
- Soziale Unterstützung zur Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe
- Gesundheitswesen wie Geburtskliniken, Beratungsstellen, Pflegedienste

Bisherige Gegenstandsgrundlage sind hier zum einen die Feststellung von Redshaw et al, dass der Geburtsort von körperlich beeinträchtigten Frauen weniger oft selber ausgewählt werden kann (s. S.37), die Trennung von Mutter und Kind z.B. bei Frühgeburtlichkeit (s. S.37, s. Sumilo und Redshaw), da es in Deutschland kaum neonatologische Stationen mit der Aufnahme der Mutter im Sinne eines Rooming-Ins gibt, weiter die häufig finanzielle prekäre Situation, in der sich die betroffenen Familien befinden (s. S. 37, Sumilo), da Leistungen der sozialen Hilfen bei den Betroffenen alleine nicht auszureichen scheinen.

5.3 Die verwendeten Studien und ihre Auswertung

Recherchiert wurden qualitative Studien, welche die Perspektive der Mutter untersuchen. Als Suchstrategien diente hierbei die bereits innerhalb der Arbeit vorgestellte Suchstrategie „*Stillen und Effekte auf Kind/Mutter*“ (s. Kap. 2., S.8), Rubrik „Stillen und Mutter“ in den in Kapitel 4., S. 33 aufgeführten Datenbanken und Websites. Ergänzt wurde diese Suche durch gezielte Recherchen in deutsch- und englischsprachigen wissenschaftlichen Fachzeitschriften von Hebammen, Laktationsberatung, Gynäkologie, und Neonatologie.

Da innerhalb der Master-Thesis auf in Artikeln veröffentlichte Studien zurückgegriffen werden muss, also nicht die Möglichkeit besteht, sich auf eine ausführliche Ausarbeitung zu beziehen, sind dadurch die Möglichkeiten, die Qualität der Studien nachzuweisen, begrenzt.

Allgemein gültige Gütekriterien für qualitative Sozialforschung, können laut Lüders (2010) ob der Vielfalt der Methoden von anerkannten Methodikern nicht innerhalb eines Minimalkonsenses formuliert, Gütekriterien der quantitativen Forschung können nicht einfach übernommen werden. Lüders empfiehlt, einen "...Weg für verfahrens- und gegenstandsbezogene Kriterien zu öffnen." (Lüders 2010, S. 80–82) In Anbetracht zeitlicher Limitation innerhalb der Erstellung einer Master-Thesis muss hier ein gangbarer Weg eingeschlagen werden. Unter Zuhilfenahme von sehr allgemein formulierten Gütekriterien (Mayring 2002, S. 144–148) und Überlegungen heraus, welche Kriterien an qualitative Studien in Reviews oder anderen systematischen Analysen qualitativen Materials (z.B. Lange, 2015, S. 163) angelegt werden, werden als Anforderung an die einbezogenen Studien folgende Kriterien überprüft:

- Verfahrensdokumentation: ist der Forschungsprozess nachvollziehbar? (Zielformulierung, Forschungsdesign, Rekrutierung des Samples, Ergebnisdarstellung)
- Beachtung ethischer Aspekte
- Gegenstandsangemessenheit der Methode
- Regelgeleitetheit: Systematik in der Materialbearbeitung
- Argumentative Interpretationsabsicherung: argumentative Begründung von Interpretationen
- Triangulation: werden weitere Daten zur Überprüfung der Ergebnisse heran gezogen
- Kommunikative Validierung: der Dialog mit den Beforschten (ist nicht in allen Fällen gegeben, aber im Sinne des „Nichts über uns - ohne uns“ wünschenswert)

Eine Übersicht der Qualität über alle geprüften Studien findet sich im Anhang (II. Überprüfung der Qualitätskriterien ausgewählte Studien, S.77). Von den 13 durch die Suchstrategie identifizierten Studien wurden 7 in die Bestimmung der Qualität einbezogen, diese Studien wurden in den Jahren 2003-2013 veröffentlicht. 3 Studien wurden vorab für die qualitative Auswertung ausgeschlossen, da sie sich aus rein pharmakologischer Perspektive mit dem Übergang von Medikamenten in die Muttermilch beschäftigen, 2 Studien waren quantitativ ausgewertete Fragebogenerhebungen, eine Studie beschäftigte sich mit medizinischen Aspekten bei Rückenmarksverletzungen. Die Studie von Hermes (2003) zur Situation von behinderten Eltern wurde nach kompletter Sichtung für die Analyse ausgeschlossen, da keine direkten Hinweise auf das Stillen enthalten waren.

Autorin(nen) Land Jahr	Titel	1. Studiendesign 2. Im Sample repräsentierte Spezifika der Probandinnen
Prilleltensky Kanada 2003	A Ramp to Motherhood	1. 26 Einzelinterviews, 4 Gruppeninterviews, qualitative Inhaltsanalyse mit induktiver Kategorienbildung 2. Beeinträchtigung der Mobilität/Gliedmaßen, Rollstuhlnutzerinnen (n=35) Tiefeninterviews: 8 Mütter, 5 kinderlose Frauen
Thomas Großbritannien 2003	Pregnancy, illness ... concept of career	1. explorative qualitative Auswertung von Tiefeninterviews 2. Mütter mit chron. Erkrankungen od. schwangerschaftsbedingte Erkrankungen n=15
Schaefer USA 2004	BF in chroni- cla illness ... fibromyalgia	1. Phänomenologische Studie nach van Manen's, Tiefeninterviews 2. Stillende Frauen (mit Stillwunsch) mit Fibromyalgie (n=9)
2012 Kanada 2012	Experiences of Parents with Spinal Cord Injury	1. Qualitative skalierende Inhaltsanalyse leitfadengestützter Interviews, induktive Kategorienbildung 2. Eltern mit Rückenmarksschädigung vor Geburt d. Kindes (n=12) je 6 Mütter/Väter
Walsh- Gallagher et al Irland 2012	The ambigui- ty of disabled women's experiences of ... mother- hood	1. Phänomenologische Longitudinal-Studie 2. Chronische Erkrankungen, körperliche und Sinnes- Einschränkungen, leichte kognitive Beeinträchtigung
Meade et al Australien 2013	Navigating Motherhood Choices ... Rheumatoid Arthritis	1. Qualitative Auswertung von schriftlichen Berichten Betroffener, deduktiv-induktive Kategorienbildung 2. Frauen mit rheumatischer Arthritis (n=14), 8 Mütter, 2 schwangere Mütter, 2 Schwangere, 2 kinderlose Frauen

Tabelle 3: Übersicht der ausgewählten Studien (angelehnt an Lange, 2015, S.165)

Eine detaillierte Übersicht über die Auswertung der Studien befindet sich im Anhang III *Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen* (S. 78 f). Hieraus ist ersichtlich, welche Fundstellen bearbeitet und extrahiert wurden, wie sie den Kategorien zugeordnet, und welche Veränderungen der (Unter)-Kategorien im Verlauf dadurch vorgenommen wurden. Innerhalb der Zuordnung der 31 Fundstellen wird eine Einteilung in „Ressource/Förderfaktor“ und „Barriere“ vorgenommen. Die Nummerierung der Kategorien (s. Kap. 5.2), welche sich an die ICF anlehnt, wird aufgehoben, die Kategorien in der Reihenfolge genannt und vorgestellt, in der die häufigsten Nenner erfolgten.

Das modifizierte Kategoriensystem wurde anhand des ausgewerteten Materials reduziert und gliedert sich nach der Auswertung wie folgt:

Unterstützung und Beziehung

Beschreibt das Ausmaß an physischer, emotionaler, und fachlich-/sachlicher Unterstützung und wird erbracht durch:

- Engster Familienkreis incl. Partner, Kinder (auch das Baby selber), Eltern und Geschwister
- Peers (Seinesgleichen)
- Fachleute der Gesundheitsberufe (Pfleger und Ärzte)

Produkte und Technologien – materielle Unterstützung

- Hilfsmittel: alltägliche Hilfsmittel (Kissen, funktionale Kleidung des Babys) und spezielle Hilfsmittel (Still- und Lagerungskissen, spezielle Babykörbchen)
- Medikamente
- Eigenes Zuhause als Ort zum sich zurückziehen
- Internet

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

- Krankenhäuser
- Vernetzung von Angeboten auf Gemeindeebene

Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

- Geräusche und Lichtverhältnisse: ein ruhiger Ort zum Zurückziehen

Einstellungen wurden in Bezug auf das Stillen nicht explizit genannt, weshalb sie erst wieder in Kap. 6.2 wieder aufgenommen werden.

6. Ergebnisaufbereitung anhand des Kategoriensystems

Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit in der Ergebnisaufbereitung zu gewährleisten, werden zuerst die Unterkategorien in tabellarischer Form mit Beschreibungen und exemplarischen, aber bezeichnenden Belegen (alle 31 Belege s. Anhang III ‚Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen‘, S. 78f) vorgestellt, um sie anschließend zu diskutieren. Dem schließt sich eine Interpretation der so gewonnenen Erkenntnisse an, welche mit weiteren Belegen aus der Literatur ergänzt wird, um in einem weiteren Schritt mit Bedacht erste Schlussfolgerungen für die Beratung und Unterstützung der Betroffenen zu erörtern.

6.1 Förderfaktoren, Ressourcen und Barrieren für das Stillen

Unterstützung und Beziehung

Tabelle 4: Kategorie „Unterstützung und Beziehung“

Unterkategorie	Beschreibung	Illustration
Engster Familienkreis	<p>Ehemänner, die eigene Mutter, Schwiegermütter und Schwestern unterstützen die Mutter, was von den Müttern als Entlastung erlebt wird. Die Angehörigen übernehmen das Kochen, Putzen, Kinderbetreuung. Dadurch haben die Mütter ausreichend Zeit und körperliche Unterstützung, um sich um das Stillen des Babys zu kümmern. Die Entlastung wird solange in Anspruch genommen, wie sie nötig ist.</p> <p>Das Baby passt sich in seinen Bewegungen derer der Mutter an. Dies erleichtert das Aufnehmen des Babys.</p>	<p>"Having her mother there for the first little while gave her the confidence she needed to later proceed on her own. Although this participant is close to her mother and appreciated her help, she was also relieved when her mother left several weeks after the baby was born." (Prilleltensky 2003, S. 32) Ressource</p> <p>"... [my sister] would come over ... to help, we would cook mega meals and freeze a month of food, and after my husband went back to work, I would go and just flop at her house until dinnertime. My mother-in-law would clean my house. I would have never been able to do all this by myself." (Schaefer 2004, S. 250) Ressource</p> <p>"One participant noted that her baby also learned to adapt her: 'When I would pick them up I would use my right side a lot and they'd lean on my right side. And then as babies they almost automatically knew to reach for my right side, they would tend to lean in that direction.'" (Prilleltensky 2003, S. 32) Ressource</p>
Peers	<p>Das Wissen der Peers, insbesondere zur Kinderversorgung, ist für die Betroffenen von größtem Wert.</p>	<p>"However, most informants stated the resource of greatest value to them was the knowledge received from their peers, in particular, how the other parents with SCI (Rückenmarksverletzung) performed specific childcare tasks." (Kaiser et al. 2012, S. 131) Ressource</p>
Fachleute der Gesundheitsberufe	<p>Physische und emotionale Unterstützung und fachliche Beratung, insbesondere durch Pflegende, wirken sich fördernd auf das Stillen aus.</p> <p>Sich widersprechende Aussagen zum Stillen verwirren Mütter.</p> <p>Druck, der von Beratenden aufgebaut wird, behindert Stillen</p>	<p>"Nurses on the maternity ward were noted by another participant for their attempts to facilitate her breastfeeding with different aides and devices." (Prilleltensky 2003, S. 30) Ressource</p> <p>"... nurses will now know that the symptoms associated with FM might be a barrier to breastfeeding. They can use this information to help prepare the women and their spouses for breastfeeding." (Schaefer 2004, S. 252) Ressource</p> <p>Barriere</p> <p>"Kate: 'I was determined to breast feed, determined like you wouldn't believe, to breast feed this baby [. . .</p>

	<p>Nicht-Wissen der Fachleute zum Stillen führt zu falschen Empfehlungen für die Mutter</p>	<p><i>] At hospital X, you've got to breastfeed on demand, no 'top ups', and if I had been allowed to probably have the odd top up I could have coped a bit better and probably the effects wouldn't have escalated. (...)" (Thomas 2003, S. 403) Barriere</i></p> <p><i>One woman said that when her problems began the physician said 'well you might as well just stop!.'</i>" (Schaefer 2004, 250f) Barriere</p>
--	---	--

Insbesondere enge Verwandte sind in dieser Auswertung die größte Ressource, um stillende Mütter zu unterstützen. Dies geschieht sowohl durch Übernahme von Tätigkeiten im Haushalt als auch auf emotionaler Ebene. Hierbei wird die Unterstützung solange in Anspruch genommen, wie sie tatsächlich benötigt wird. Einige Mütter scheinen den Augenblick zu genießen, in dem sie wieder selber das „Heft in die Hand nehmen“ können. Der Wunsch nach Selbstbestimmung spielt hierbei möglicherweise eine Rolle. An den Einsichten von Peers, welche als Eltern durch eigene körperliche Beeinträchtigungen ähnliche Erfahrungen gemacht haben, orientieren sich die befragten Mütter und empfinden dies als sehr positiv. Die beiden Gruppen Angehörige und Peers wurden in keiner der analysierten Quellen als Belastung oder Barriere identifiziert, sondern rundweg als Ressource in Bezug auf den Alltag mit dem Baby und direkt auf das Stillen.

Das Zugewandt Sein, korrekter fachlicher Rat und praktische Anleitung und Unterstützung von Pflegenden wurde von Müttern als hilfreich wahrgenommen. Dem steht gegenüber, dass in einigen Ausführungen fachliches Unwissen seitens Pflegender aber auch Ärzten zu beklagen ist, was sich teils sehr negativ auf den Stillerfolg ausgewirkt hat.

Produkte und Technologien – materielle Unterstützung

Tabelle 5: Kategorie „Produkte und Technologien – materielle Unterstützung“

Unter-kategorie	Beschreibung	Illustration
Hilfsmittel	Kissen, Stillkissen und Babytragetücher sorgen dafür, dass Mutter und Kind in einer bequemen Position stillen können.	<i>"... she took the time, she got all the pillows propped up and she set the baby down where I could nurse her"</i> (Prilleltensky 2003, S. 30) Ressource <i>"They changed positions, tried lying down to nurse in order to 'relax your neck', wrapped a pillow around the arm for support and comfort, purchased a babysling, ..."</i> (Schaefer 2004, S. 250) Ressource
Medikamente	Konkurrierende Bedürfnisse von Mutter (Behandlung von Symptomen) und Kind (Stillen) beenden das Stillen	<i>"For some women, postnatal care, particularly breast-feeding, was a sensitive area of concern, where clashing needs (of the mother and child) meant that controlling the rheumatoid arthritis flare also meant discontinuing breastfeeding, which for some women is an important bonding experience with their newborn."</i> (Meade et al. 2013, S. 78) Barriere
Eigenes Zuhause	Das Zuhause als Raum zur Entfaltung eigener Fähigkeiten und Ort des sich-zurück-ziehens	<i>"Going home allowed her the time and the space to get to know her baby and find a method that would work for them both."</i> (Prilleltensky 2003, S. 32) Ressource
Internet	Das Internet als Informationsressource	<i>"In general, most informants thought the internet was the most effective tool for gathering information on parenting for people with disabilities as well as aids and adaptations to assist them in their role as a parent."</i> (Kaiser et al. 2012, S. 131) Ressource

Kissen spielen in der Positionierung des Kindes eine größere Rolle, sie bieten Mutter und Kind Halt und können somit ein von anderen Personen unabhängiges Stillen erlauben. Teilhabe wird ermöglicht, wenn Hilfsmittel wie Babytragen und Körbchen so zu handhaben sind, dass sie eine Unterstützung Dritter überflüssig machen, so werden Hilfsmittel als häufig eingesetzte Ressource genannt. Medikamente entpuppen sich in den analysierten Studien als oft genannte Barriere für das Stillen. Sie werden anscheinend so ausgewählt, dass sie eine Kontraindikation für das Stillen darstellen. Als neue Unterkategorie wurde das eigene Zuhause aufgenommen, da sich dieses als Ort präsentiert, an dem Mütter nach der Entlassung aus der Geburtsklinik zur Ruhe und zur eigenen Kraft zurück finden können. Eine materielle Ressource, ein Ort der Sicherheit und Ungestörtheit. Das Internet wird von den Betroffenen als Ressource und Pool für Informationen wahrgenommen, leider wird dies nicht näher begründet, da hieraus sicher Empfehlungen abgeleitet werden könnten.

Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Tabelle 6: Kategorie „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“

Unter-kategorie	Beschreibung	Illustration
Krankenhäuser/ Organisationen	Wenige Krankenhäuser und andere Organisationen bieten zwar Informationen an, dies hängt aber vom Wissen einzelner Mitarbeiter ab.	<i>"Most informants mentioned a few hospitals and other organizations that were helpful in providing some information but overall felt that information was limited, difficult to access, and there was a shortage of knowledgeable experts."</i> (Kaiser et al. 2012, S. 131) Ressource
Vernetzung von Angeboten auf Gemeindeebene	Die Vernetzung von Angeboten auf Gemeindeebene wird gefordert. Verbunden ist damit die Hoffnung nach einer verbesserten Unterstützung rund um die Geburt.	<i>"Some informants expressed the need for hospital and community-based organizations to collaborate in order to ensure clients are provided with the information and support they require throughout the entire process from the time leading up to conception until child-birth and beyond."</i> (Kaiser et al. 2012, S. 131) Ressource

Bei der Nennung von Krankenhäusern als Umweltfaktoren fällt ein Widerspruch auf. Betroffene erwarten und erhoffen, dort Informationen zu erhalten. Dies ist aber stark vom Wissen der einzelnen Dienstleister abhängig. Insgesamt war der Zugang zu Informationen in Krankenhäuser und anderen Institutionen schwer zu erhalten. Ein Vorschlag wird hierauf gemacht, nämlich dass eine Vernetzung von Dienstleistern rund um die Geburt die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten könnte.

Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt

Tabelle 7: Kategorie „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“

Unter-kategorie	Beschreibung	Illustration
Geräusche und Lichtverhältnisse	ein ruhiger Ort zum Zurückziehen	<i>"The women in this study tried a variety of methods to improve their comfort while breastfeeding. They ... , and breastfed in a quiet comfortable place (e.g. 'nursing corner')."</i> (Schaefer 2004, S. 250) Ressource

Konkret wurde in dieser Kategorie die "Stillecke" genannt. Diese stellt einen Ort dar, an dem sich Mutter und Kind in Ruhe zurückziehen können, was sich positiv auf das Stillen und ihr Wohlbefinden auszuwirken scheint.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Auf den ersten Blick scheinen sich die Erkenntnisse, welche Umweltfaktoren sich fördernd oder hemmend auf das Stillen bei Frauen mit Einschränkungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen auswirken, nur wenig von denen von Frauen im Allgemeinen zu unterscheiden. Auch hier wirken sich insbesondere die Peers, das familiäre Umfeld, aber auch die Unterstützung durch Gesundheitspersonal förderlich auf das Stillen aus. (s. S. 19, Sinha et al, 2015)

Der Effekt der fachlichen Beratung, welcher ja in der Planung möglicher Interventionen von besonderem Interesse wäre, da dies ein durch die öffentliche Hand zu beeinflussender Bereich ist, wurde in der Analyse nur im Ansatz angedeutet. Im Vordergrund stand hier, dass fehlende Fachlichkeit zu unbefriedigenden oder abgebrochenen Stillverläufen geführt hat. Besonders die scheinbare Unkenntnis Medikamente verordnender Ärzte verwundert, gibt es doch Datenbanken und Beratungsinstitutionen³, die entsprechende Informationen darüber bereitstellen, wie ein still-unverträgliches Medikament durch ein still-verträgliches ersetzt werden kann, ohne dass die Mutter auf eine gewünschte Wirkung verzichten muss. Auch wird in medizinischen Fachzeitschriften hundertfach über die Verträglichkeit von Medikamenten beim Stillen berichtet. Hier muss also von einer großen Wissenslücke der betreffenden Ärzte, aber auch der anderen gesundheitlich Betreuenden ausgegangen werden, wenn Frauen wegen Medikamenteneinnahme das Stillen beenden.

Doch auch fachlich gute Beratung und Anleitung hilft Frauen wenig, wenn sie keine Freiräume haben, um in ein erfolgreiches Stillen zu kommen. Dies ist in den ersten Wochen sehr zeitaufwändig, geht man davon aus, dass das Kind nach Bedarf gestillt werden soll, um eine ausreichende Milchbildung zu etablieren. Dies bedeutet, dass das Kind 8-12-mal und öfter pro Tag angelegt wird, um die Milchbildung abzusichern. Erst bei etablierter Milchbildung nach ca. 6 Wochen vergrößern sich die Abstände. Hier soll jedoch auch hervorgehoben werden, dass das Stillen gegenüber dem Füttern mit der Flasche die Mutter wesentlich weniger Energie kostet. Denn diese kann während des Stillens selber zur Ruhe kommen, sich hinlegen und ausruhen, was bei Flaschenfütterung obsolet ist. (Mohrbacher 2010, S. 773) Das für die Mutter-Kind-Bindung vulnerable Zeitfenster der ersten Wochen sollte genutzt werden. Gerade hier wird die Wichtigkeit tatkräftiger Unterstützung durch den Partner und Angehörige deutlich. Daneben können diese Menschen emotionalen Rückhalt für die Frau bedeuten. Die Geburt eines jeden Kindes erfordert eine große Anpassungsleistung der ganzen Familie. Auch kommen bei körperlich beeinträchtigten Frauen

³ In Deutschland ist dies das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, URL: www.embryotox.de (letzter Zugriff: 03.01.2017). In den USA stehen zwei Beratungszentren zur Verfügung: das Infant Risk Center und das Lawrence and Lawrence Lactation Study Center Mannel et al. 2013, S. 604

häufig zeitaufwändige (z.B. Inhalation und Physiotherapie bei Cystischer Fibrose) und überlebenswichtige (z.B. das Insulinmanagement bei Diabetes mellitus Typ 1) medizinische Maßnahmen hinzu, die den Spielraum für Aktivitäten der Mütter insgesamt verringern. Stillen stellt für viele Frauen mit körperlichen Einschränkungen eine große Erleichterung im Alltag dar. Die generellen Vorteile des Stillens wurden bereits in Kapitel 2.1 dargestellt. Stillen bietet dauerhaft für viele körperlich beeinträchtigte Mütter eine gegenüber der Flaschenernährung einfach zu handhabende Methode der Ernährung des Kindes (s.o.).

Durch Hilfsmittel wie Kissen oder Stillkissen erreichen Frauen, beispielsweise mit Multipler Sklerose, Cerebral Parese (Mannel et al. 2013, 608f) oder Rheumatischer Arthritis (Schaefer 2004, S. 250), ein relativ oder ganz eigenständiges Stillen. Auch die Geschichte einer Mutter mit einer 3-fach-Amputation der Arme und eines Beins macht Mut. Sie konnte durch die Unterstützung durch Kissen und einer Rolle unter der Brust ihr Kind in einer optimalen Position stillen. Hierdurch, und durch die Hilfe des Vaters, konnte sie ihr Kind ausschließlich stillen, was sie in der Bindung zum Kind als sehr wichtig einstufte. (Dunne und Fuerst 1995)

Eine Erkenntnis, welche Kaiser (2012) gewonnen hatte, nämlich, dass Eltern das gleichzeitige Vorhandensein großer Freude "enjoyment" über das Kind und die Hilflosigkeit "helplessness" und Frustration darüber, dass sie nicht alles mit den Kindern tun können, beschreiben (Kaiser et al. 2012, S. 126), und die Furcht der Eltern, nicht immer die Sicherheit des Kindes gewährleisten zu können, beispielsweise die Furcht davor, das Kind fallen zu lassen, (Kaiser et al. 2012, S. 127) kann man aus Perspektive der Stillberatung betrachten. Beim Stillen kann das Kind so platziert werden (durch Kissen, oder beim Stillen im Liegen), dass das Kind nicht fallen kann, auch wenn die Mutter ihre Kontrolle über ihren Körper verliert, wie beispielsweise bei einem Krampfanfall.

Ideen dieser Art lassen sich bei Mannel, Martens und Walker (2013) im *Core Curriculum for Lactation Consultant Practice* oder bei Wambach und Riordan (2016) in *Breastfeeding and human lactation* finden. Einflussfaktoren auf das Stillen, welche aus den Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Körperfunktionen resultieren, werden in der amerikanischen Fachliteratur zum Stillen behandelt, ebenso wie mögliche Kompensationen durch die bereits zitierten Hilfsmittel und Medikamente. In der deutschen Fachliteratur wird diese Thematik generell vernachlässigt und taucht nur punktuell auf, wie beispielsweise das Stillen bei Multipler Sklerose im Praxisbuch besondere Stillsituationen. (Deutscher Hebammenverband e.V. 2012) Doch dies sollte in einem andern Kontext, der auf konkrete Handlung von Anwenderinnen bezogene Interventionen beschreibt, näher beleuchtet werden.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass die technischen Umweltfaktoren und Unterstützung und Beziehung bereits in der Literatur thematisiert wurden, auch über die analysierten Studien hinaus. So verfassten Schildberger et al eine Bestandsanalyse zur Barrierefreiheit geburtshilflicher Statio-

nen in Österreich. (Schildberger et al. 2016) Hier wurde beispielsweise herausgefunden, dass nur 13% der befragten Geburtskliniken Geburtsvorbereitungskurse für behinderte Frauen anbieten. (Schildberger et al. 2016, S. 79) Insgesamt lässt die Sensibilität für diese Zielgruppe in den Kliniken zu wünschen übrig, da es sich bei Gebärenden in der Mehrzahl um junge, „fitter“ Frauen handelt und körperlich beeinträchtigte im dortigen Klinikalltag die Ausnahme zu bilden scheinen (ebd.).

Der Einfluss der „natürlichen und der vom Menschen veränderten Umwelt „ (s. S. 48) also von Geräuschen und Licht, Störung von Tag-/Nachtzyklen oder auch durch verwirrende Gerüche wurde in der Wochenbettpflege auch im Allgemeinen bislang noch nicht untersucht. Dies wäre ein interessantes Feld.

Dienstleistungen wie Stillberatung und Entbindungspflege war in den untersuchten Settings an Institutionen angegliedert. Hier bedarf es einer weiteren Betrachtung, um konkreter herauszufiltern, welche Bedingungen für die Familien förderlich und welche behindernd wirken. Bezeichnend war der Hinweis von Eltern darauf, dass Angebote untereinander vernetzt werden sollten, damit sie ihren unterstützenden möglichst gut umsetzen können.

Bei der Betrachtung der Umweltfaktoren und anderer im Wechselspiel stehenden Einflussfaktoren auf Entstehung von Behinderung sollte immer präsent bleiben, dass es sich bei Behinderung um ein soziales Konstrukt handelt, um eine "Folge von Zuschreibungen, Etikettierung und Stigmatisierung sowie Systemeffekten" (s. S. 25: Dederich 2009, 37), was ja zum Ausschluss aus gesellschaftlich und individuell relevanten Lebensbereichen, wie hier dem Stillen, führen kann. Doch diese Prozesse der Stigmatisierung kann die International Classification of Functioning, Disability and Health nicht abbilden. Die ICF beschränkt sich auf die Beschreibung der gegenwärtigen Situation. Um aber Entwicklungsverläufe zu verstehen, wäre es notwendig, das Verhalten der Betroffenen zu verstehen und nachvollziehen zu können. Mit der Anwendung der ICF in der Kategorienbildung für Förderfaktoren und Barrieren konnte in dieser Arbeit ein Ist-Zustand einiger Betroffener aufgezeigt werden. Die Frage, weshalb die untersuchten Frauen stillen oder nicht, ist damit nicht zu beantworten. Eine Übertragung der gefundenen Ergebnisse auf individuelle Situationen ist nicht möglich. Aus den beschriebenen Ergebnissen können aber Hinweise generiert werden, welche Faktoren für das Stillen ein Risiko bedeuten, und welche voraussichtlich unterstützend wirken.

6.3 Schlussfolgerungen für die Beratung und Unterstützung

Dass Stillen ein wichtiger Beitrag zur mütterlichen und kindlichen Gesundheit darstellt, wurde bereits mehrfach ausgeführt. Daneben ist Stillen eine Möglichkeit der Mütter, um mit dem Kind zu bonden. (Meade et al. 2013, S. 78) Ein wichtiger Aspekt, der ein Leben lang die Beziehung trägt. Den bei Kaiser et al interviewten rückenmarksverletzten Eltern ist die emotionale Beziehung zum Kind wichtiger, als bestimmte Tätigkeiten wie das Baden des Kindes, selber durchzuführen. (Kaiser et al. 2012, S. 132) Gelungene Stillverfahren können ein Baustein zur Etablierung einer guten Mutter-Kind-Beziehung sein.

Aus den bisher gewonnenen Erkenntnissen kann geschlossen werden, dass in der Beratung und Begleitung der betroffenen Familien Hintergrundwissen um die Bedürfnisse der Frauen, aber auch um medizinische und pflegerische Hintergründe vonnöten sind. Auf die Gesamtheit des Stillens bezogene wirksame Methoden, um dasselbe zu fördern, scheinen die Beratung durch Ärzte Pflegende/Hebammen zu sein. (Balogun et al. 2016, S. 3) Weiter wird bei Balogun et al die Beratung durch ausgebildete Peers (trained volunteers) genannt. (ebd.) Hierzu erkennen Lange et al, dass viele chronisch kranke Frauen den Wunsch nach Austausch mit ebenso Betroffenen haben, dies sich in der Regel aber schwer realisieren lässt, was die Frauen in der Wahrnehmung der Außenseiterrolle bekräftigt. (Lange et al. 2015, S. 164) Hier könnte ein konkreter Ansatzpunkt für die Gestaltung von Unterstützungsangeboten sein.

Insgesamt gibt es wenig evidenzbasierte Literatur, die sich mit Interventionen für behinderte Frauen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett beschäftigt. Deren Evidenz alleine reicht nicht aus, um gute Praxisansätze zu etablieren. Dies konstatieren auch Malouf et al: "The findings of this review indicate substantial gaps in the evidence on evaluated interventions designed to improve outcomes for pregnant women with disability and their families." (Malouf et al. 2014, S. 9)

Für einen Fehler würde ich es halten, sich nur auf einzelne Maßnahmen (z.B. Schulung zur Anwendung von Hilfsmitteln) oder auf einzelne Umweltfaktoren bezogene Interventionen (z.B. Ausbildung der Peers) zu fixieren, um die betroffenen Familien zu unterstützen. Vielmehr sollte in einem der Lebenswelt der Frauen nahen Angebot eine Vielfalt von Möglichkeiten bereitstehen, um passgenaue und individuelle Beratungs- und Hilfsangebote machen zu können. Grundlage hierfür muss der Wille der Öffentlichkeit und Finanzierung der entsprechenden Kostenträger sein. Ein Verschiebepunkt wie bei der Bewilligung der Kostenübernahme von Elternassistenz darf nicht eintreten. Auch wäre eine transsektorale und interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Akteure im Unterstützungssystem für die Familien gewinnbringend. Der inhaltlichen Ausbildung, zum Beispiel der Mitarbeiter im Gesundheitswesen wie Hebammen, Pflegenden und Ärzten

sollte große Bedeutung beigemessen werden. Hier ist die Weiterbildung zur international anerkannten Still- und Laktationsberaterin (IBCLC), welche alle genannten Berufsgruppen absolvieren können, sicher sinnvoll, da sie wertvolle Kenntnisse vermittelt. Das Fachwissen einzelner Berufsgruppen darf aber nicht zu einem dem Gegenstand, nämlich der Förderung der Familien, hinderlichen Machtgerangel zwischen den Akteuren führen (Konkurrenzkampf um berufliche Anerkennung und finanzielle Ressourcen im Gesundheitswesen). Inhalt von Fortbildungen sollte auch die Sensibilisierung gegenüber Prozessen sein, die Menschen ausgrenzen (s. S. 61). Bei der Planung von Interventionen sollte also die ganzheitliche Versorgung der Familien in den Fokus der Betrachtung genommen werden. Dies mit allen Bedarfen, die während der Zeit rund um die Geburt, Wochenbett und Stillzeit im Allgemeinen, aber auch im speziellen wegen eines individuellen Bedarfes aufgrund von Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen, auftreten. Um die einzelnen Maßnahmen aufeinander abzustimmen, sollte der Netzwerkgedanke in den Überlegungen mitlaufen. Nach Hild (1997), zitiert in Reis et al, werden politikwissenschaftlich Netzwerke als Systeme überwiegend informeller, aber auch formeller, horizontaler und hierarchischer Beziehungen zwischen (halb-)autonomen institutionellen Akteuren definiert, die mit unterschiedlichen, aber wechselseitigen Interessen ein als „gemeinsam“ definiertes Problem bearbeiten. (Reis et al. 2010, S. 12) Das Problem, oder besser, der Gegenstand, der in dieser Arbeit isoliert wurde, ist die Stillförderung für die Zielgruppe der betroffenen Familien. Hier bedarf es eines auch auf regionale Erfordernisse angepassten Entwurfes, welcher formelle und informelle Ressourcen miteinander verknüpft.

7. Resümee und Ausblick

Innerhalb meiner Master-Thesis konnte deutlich gemacht werden, welchen hohen Stellenwert das Stillen für Mutter und Kind hat - im Allgemeinen, aber auch im Speziellen für körperlich beeinträchtigte Frauen und ihre Sprösslinge. Aus den betrachteten Zahlen zum Stillen bei der untersuchten Gruppe konnte ein Bedarf an Maßnahmen zur Förderung des Stillens und der Unterstützung der Familien identifiziert werden - im Sinne eines versorgungsrelevanten Gesundheitsproblems. In der Reflexion um den Behinderungsbegriff wurde herausgearbeitet, dass Behinderung ein soziales Konstrukt ist und nicht ein Mensch selber als Behinderter bezeichnet werden kann. Menschen werden durch ihre materielle, immaterielle - soziale Umwelt behindert. Aus den in den ersten vier Kapiteln gewonnenen Erkenntnissen hat sich die Methodik der strukturierten Inhaltsanalyse abgeleitet. Der Auswertung lag das Konstrukt der Umweltfaktoren zugrunde, woraus deduktiv-induktiv ein später beschriebenes Kategoriensystem entwickelt wurde. Die in Bezug zur Mutterschaft bei behinderten Frauen dargelegten Erkenntnisse haben sich in der Auswertung

qualitativer Studien nicht wiedergespiegelt. Erstaunlich war hier beispielsweise, dass der Umweltfaktor „Einstellungen“ kein einziges Mal im Kontext vom Stillen genannt wurde. Aus den gewonnenen Erkenntnissen konnten erste Ideen für mögliche Programme zur Förderung des Stillens bei Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen abgeleitet werden. Zusammenfassend ist zu sagen, dass mögliche Maßnahmen zur Förderung des Stillens im Kontext der gesamten Lebenswelt der Familien stehen müssen. Also keine isolierten Stillprogramme, sondern eine Einbettung von Aspekten der Stillförderung in Gesamtkonzepte, die betroffene Familien in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach begleiten. Vorstellbar wäre hier eine Angliederung an, aber auch Anpassung von, bereits bestehenden Programmen der „Frühen Hilfen“. Geleistete Unterstützung muss immer individuell geplant erfolgen und sollte die Familie in ihrem Entwicklungsverlauf begleiten.

Durch die Auseinandersetzung mit Forschungsansätzen von Disability Studys und der Auswertung des Materials von betroffenen Frauen wurde für mich abermals deutlich, dass ein Herangehen an jedwede Thematik, die sich mit den Bedürfnissen von Menschen beschäftigt, ohne die direkte Sicht ebendieser Menschen, über die geforscht wird, obsolet ist. Denn Forschung zu einer Gruppe darf die Betroffenen nicht ausschließen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass weitere Ergebnisse generiert werden, welche zur „Verordnung“ von Hilfen führt. Welche (zu Recht) von den Betroffenen abgelehnt werden. Da mir die Ressourcen, selber mit Betroffenen in den Kontakt zu gehen, wie dies zum Beispiel bei Interviews der Fall gewesen wäre, gefehlt hatten, habe ich mich dazu entschlossen, zumindest indirekt die Wahrnehmung und Sicht der betroffenen Frauen mit einzubeziehen. Daraus leitete sich mein Vorgehen der Auswertung entsprechender qualitativer Studien ab.

Da im Rahmen der Master-Thesis keine Suche außerhalb des Internets und Datenbanken nach nationaler und internationaler sogenannter grauer Literatur stattfand, wurden möglicherweise potentiell wichtige Dokumente nicht in die Auswertung mit einbezogen. Hierdurch ist es denkbar, dass ein Bias der Ergebnisse erzeugt wurde. In der Vorbereitungsphase weiterer Forschungsprojekte sollte dies nachgeholt werden. Denkbar ist auch, dass durch die direkte Befragung der Betroffenen beispielsweise innerhalb von Interviews eine Weiterentwicklung der Erkenntnisse stattfinden könnte, welche dann als Grundlage für die Bewertung bereits vorhandener Interventionen, aber auch für die Entwicklung und Evaluation neuer Beratungs- und Unterstützungsangebote genutzt werden kann. An diesem Punkt würde ich selber perspektivisch gerne weiter machen. Optimal wäre hier für mich eine Verknüpfung meiner Fachkompetenz als Still- und Laktationsberaterin und Case Managerin und der der Forschenden.

Mein Dank gilt allen Menschen, die mich in der turbulenten Zeit der Erstellung der Master-Thesis unterstützt und emotional begleitet haben.

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen

Tabelle 1: Suchstrategien „Stillen und Effekte auf Kind/Mutter“	8
Tabelle 2: Stilldauer im Vergleich	39
Tabelle 3: Übersicht der ausgewählten Studien	52
Tabelle 4: Kategorie „Unterstützung und Beziehung“	54
Tabelle 5: Kategorie „Produkte und Technologien – materielle Unterstützung“	56
Tabelle 6: Kategorie „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“	57
Tabelle 7: Kategorie „Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt“	57
Tabelle 8: Überprüfung der Qualitätskriterien ausgewählter Studien	77
Tabelle 9: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen	78

Abbildungen

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	27
Abbildung 2: Ablauf der Konstruktion eines deskriptiven Systems zur Erörterung des Einflusses von Umweltfaktoren auf das Stillen bei Frauen mit Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und Körperstrukturen	46

Literaturverzeichnis

American Academy of Pediatrics (2012): Breastfeeding and the use of Human Milk. Policy Statement. In: *Pediatrics* 129 (3), e827-e841.

Balogun, Olukunmi O.; O'Sullivan, Elizabeth J.; McFadden, Alison; Ota, Erika; Gavine, Anna; Garner, Christine D. et al. (2016): Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 11, CD001688.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 15.12.2016.

Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen e.V. Online verfügbar unter <http://www.bdlstillen.de/ibclc.html>, zuletzt geprüft am 04.01.2017.

Bretländer, Bettina (2015): Menschen mit Behinderung oder behinderte Menschen? In: B. Bretländer, M. Köttig und T. Kunz (Hg.): Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion. Stuttgart: Kohlhammer, S. 87–99.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 209).

Chowdhury, Ranadip; Sinha, Bireswar; Sankar, Mari Jeeva; Taneja, Sunita; Bhandari, Nita; Rollins, Nigel et al. (2015): Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta Paediatrica* 104 (467), S. 96–113.

Dawood, Rehana; Altanis, Efstathios; Ribes-Pastor, Pura; Ashworth, Felicity (2014): Pregnancy and spinal cord injury. In: *Obstet Gynecol* 16 (2), S. 99–107.

Dederich, Markus (2008): Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Markus Dederich und Wolfgang Jantzen (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 2), S. 15–39.

Degener, Theresia (2008): Menschenrechte und Behinderung. In: Markus Dederich und Wolfgang Jantzen (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 2), S. 160–169.

Deutscher Hebammenverband e.V. (Hg.) (2012): Praxisbuch: Besondere Stillsituationen. Stuttgart: Hippokrates (DHV-Expertinnenwissen).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organisation. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/stand2005/>, zuletzt geprüft am 21.08.2016.

Dunne, Geraldine; Fuerst, Kimberly (1995): Breastsfeeding by a Mother Who is a Triple Amputee: A Case Report. In: *Journal of Human Lactation* 11 (3), S. 217–218.

Europäische Kommission Direktorat Öffentliche Gesundheit und Risikobewertung (2004): EU-Projekt zur Förderung des Stillens in Europa. Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan. Luxemburg.

(21.12.2008): Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 35. Fundstelle: Bundesgesetzblatt Teil 2, Nr. 35, S. 1419–1457. Online verfügbar unter <http://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>, zuletzt geprüft am 16.09.2016.

Grampp, Gerd; Jackstell, Susanne; Wöbke, Nils (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. 1. Aufl. Köln: BALANCE Buch-+ Medien-Verl. (Balance Beruf).

Harrison, Denise; Reszel, Jessica; Bueno, Mariana; Sampson, Margaret; Shah, Vibhuti S.; Taddio, Anna et al. (2016): Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10, CD011248.

Hartmann, Peter; Cregan, Mark (2001): Lactogenesis and the Effects of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus and Prematurity. In: *Journal of Nutrition* (131), 3016S-3020S.

Hermes, Gisela (2003): Zur Situation behinderter Eltern. Unter besonderer Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei Eltern mit Körper- und Sinnesbehinderung. Inaugural-Dissertation. Philipps-Universität, Marburg/Lahn. Fachbereich Erziehungswissenschaften. Online verfügbar

unter <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0099/pdf/dgh.pdf>, zuletzt geprüft am 19.06.2016.

Kaiser, Anita; Reid, Denise; Boschen, Kathryn A. (2012): Experiences of Parents with Spinal Cord Injury. In: *Sexuality and Disability* 30 (2), S. 123–137.

Kramer, Michael S.; Kakuma, Ritsuko (2002): The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review. Issue 8. Hg. v. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons, Ltd. (Art. No.: CD003517). Online verfügbar unter <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003517.pub2/epdf>, zuletzt geprüft am 16.06.2016.

Kramer, Michael S.; Kakuma, Ritsuko (2012): Optimal duration of exclusive breastfeeding. Review. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (8), CD003517.

Lange, C; Schenk, L; Bergmann, R (2007): Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* (50), S. 624–633.

Lange, U.; Schnepf, W.; Sayn-Wittgenstein, F. zu (2015): Das subjektive Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - eine Analyse qualitativer Studien. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 219 (4), S. 161–169.

Lippe, E. von der; Brettschneider, A-K; Gutsche, J.; Poethko-Müller, C. (2014): Einflussfaktoren auf Verbreitung und Dauer des Stillens in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 57 (7), S. 849–859.

Lüders, Christian (2010): Gütekriterien. In: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki und Michael Meuser (Hg.): *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. 3., durchges. Aufl. Opladen [u.a.], Opladen [u.a.]: Budrich (UTB Erziehungswissenschaft, Sozialwissenschaft, 8226), S. 80–82.

Malouf, Reem; Redshaw, Maggie; Kurinczuk, Jennifer J.; Gray, Ron (2014): Systematic review of health care interventions to improve outcomes for women with disability and their family during pregnancy, birth and postnatal period. In: *BMC pregnancy and childbirth* 14, 58; 1-12.

Mannel, Rebecca; Martens, Patricia J.; Walker, Marsha (2013): *Core curriculum for lactation consultant practice*. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., neu ausgestattete Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Studium).

- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktual., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Meade, T.; Sharpe, L.; Hallab, L.; Aspanell, D.; Manolios, N. (2013): Navigating motherhood choices in the context of rheumatoid arthritis: women's stories. In: *Musculoskeletal care* 11 (2), S. 73–82. DOI: 10.1002/msc.1031.
- Mohrbacher, Nancy (2010): Breastfeeding answers made simple. A guide for helping mothers. Amarillo, TX: Hale Publishing, L.P.
- Moore, Elizabeth R.; Anderson, Gene C.; Bergman, Nils; Dowswell, Therese (2012): Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (5), CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Prilleltensky, Ora (2003): A Ramp to Motherhood: The Experiences of Mothers with Physical Disabilities. In: *Sexuality and Disability* 21 (1), S. 21–47.
- Prosetzky, I. (2008): Isolation und Partizipation. In: Markus Dederich und Wolfgang Jantzen (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Bd. 2), S. 87–95.
- Przyrembel, Hildegard (2001): Stillen und Muttermilchernährung. Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen. Neue, erw. und überarb. Aufl., Stand: Juli 2001. Köln: BZgA (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 3).
- Redshaw, Maggie; Malouf, Reem; Gao, Haiyan; Gray, Ron (2013): Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. In: *Pregnancy and Childbirth* 13, S. 1–14.
- Reis, Claus; Geideck, Susan; Hobusch, Tina; Kolbe, Christian; Wende, Lutz (2010): Produktionsnetzwerke und Dienstleistungsketten. Neue Ansätze nachhaltiger Unterstützungsstrukturen für Alleinerziehende. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren und Frauen und Jugend. Berlin.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin, zuletzt geprüft am 10.10.2016.
- Rouw, Elien; Hormann, Elizabeth; Scherbaum, Veronika (2014): The high cost of half-hearted breastfeeding promotion in Germany. In: *Int Breastfeed J* 9 (22).

Rückert-John, Jana; Kröger, Melanie (2015): 'Stillende' Männer. Väterselbstbilder und Väterfremdbilder im Übergang zur Elternschaft. In: Marga Günther, Anke Kerschgens, Lotte Rose und Rhea Seehaus (Hg.): Vater, Mutter, Kind? - Geschlechterpraxen in der Elternschaft. 1. Aufl. Leverkusen: Budrich, Barbara (Geschlechterforschung für die Praxis, 3), S. 81–99.

Sankar, Mari Jeeva; Sinha, Bireshwar; Chowdhury, Ranadip; Bhandari, Nita; Taneja, Sunita; Martines, Jose; Bahl, Rajiv (2015): Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta Paediatrica* 104 (467), S. 3–13.

Schaefer, Karen Moore (2004): Breastfeeding in chronic illness: the voices of women with fibromyalgia. In: *MCN. The American journal of maternal child nursing* 29 (4), S. 248–253.

Schildberger, B.; Ortner, N.; Zenzmaier, C.; König-Bachmann, M. (2016): Chancengleiche Versorgung in der Geburtshilfe - Eine quantitative Erhebung zur Barrierefreiheit an geburtshilflichen Abteilungen in Österreich. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 220 (2), S. 74–80.

Schreier, Margit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegeweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: *Forum qualitative Sozialforschung* 15 (1), Art. 18. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636>, zuletzt geprüft am 26.12.2016.

Schröttle, Monika; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Hornberg, Claudia; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituationen und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnis der quantitativen Befragung. Endbericht. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München.

Schuntermann, Michael F. (ohne Jahresangabe): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung. Berlin. Online verfügbar unter http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/206970/publicationFile/2307/icf_kurzeinfuehrung.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.2016.

Schuntermann, Michael F. (2009): Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen. 3., überarb. Aufl. Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: Ecomed Medizin.

Sinha, Bireshwar; Chowdhury, Ranadip; Sankar, M. Jeeva; Martines, Jose; Taneja, Sunita; Mazumder, Sarmila et al. (2015): Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. In: *Acta Paediatrica* 104 (467), S. 114–134.

Spatz, Diane L.; Lessen, Rachele (2011): Risk of Not Breastfeeding. Hg. v. International Lactation Consultant Association. Morrisville.

Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen - Kurzbericht - 2013. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101139004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 27.11.2016.

Statistisches Bundesamt (2015): Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis. Geschlecht: Weiblich, Nationalität: Alle Nationalitäten, Art der Behinderung: Alle Arten, Darstellung: Schwerbehinderte Menschen absolut. Bonn. Online verfügbar unter www.gbe-bund.de, zuletzt aktualisiert am 22.07.2015, zuletzt geprüft am 27.06.2016.

Statistisches Bundesamt (Destatis): Geburten in Deutschland - Ausgabe 2012. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden, zuletzt geprüft am 04.08.2016.

Sumilo, Dana; Kurinczuk, Jennifer J.; Redshaw, Maggie E.; Gray, Ron (2012): Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK. In: *BMC pregnancy and childbirth* 12, S. 1–6.

Thomas, Hilary (2003): Pregnancy, illness and the concept of career. Women's health care experiences. In: *Sociology of Health and Illness* 25 (5), S. 383–407.

Tyer-Viola, Lynda A.; Lopez, Ruth Palan (2014): Pregnancy with chronic illness. In: *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN* 43 (1), S. 25–37.

VELB Verband Europäischer Laktationsberaterinnen (Hg.) (2005): Klinische Leitlinien Klinische Leitlinien zur Etablierung des ausschließlichen Stillens. Online verfügbar unter www.stilleninstitut.com/asp_service/upload/content/ilca-leitlinien.pdf, zuletzt geprüft am 11.09.2016.

Voigt-Radloff S, Stemmer R, Korporal J, Horbach A, Ayerle GM, Schäfers R, Greening M, Binnig M, Mattern E, Heldmann P, Wasner M, Braun C, Lohkamp M, Marotzki U, Kraus E, Oltman R, Müller C, Corsten S, Lauer N, Schade V, Kempf S (2016): Forschung zu komplexen In-terventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Version 2.0, zuletzt geprüft am 20.11.2016.

Walker, Marsha (2017): Breastfeeding management for the clinician. Using the evidence. Fourth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Walsh-Gallagher, Dympna; Sinclair, Marlene; Mc Conkey, Roy (2012): The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: a phenomenological understanding. In: *Midwifery* 28 (2), S. 156–162. DOI: 10.1016/j.midw.2011.01.003.

Wambach, Karen; Riordan, Jan (2016): Breastfeeding and human lactation. Fifth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Weissenborn, A.; Abou-Dakn, M.; Bergmann, R.; Both, D.; Gresens, R.; Hahn, B. et al. (2015): Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland - eine systematische Übersicht. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. DOI: 10.1055/s-0035-1555946.

World Health Organisation: Indicators for assessing breastfeeding practices. Reprinted report of an informell Meeting. 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland. Division of child health and development. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62134/1/WHO_CDD_SER_91.14.pdf, zuletzt geprüft am 06.11.2016.

World Health Organisation (2014): Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva, Switzerland. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/113048/1/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 24.10.2016.

World Health Organization (2016): WHO | Infant and young child feeding data by country. Online verfügbar unter <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/countries/en/>, zuletzt geprüft am 12.11.2016.

Verwendete Software

Die vorliegende Arbeit wurde mit Word (Microsoft Office Professional 2010) unter Zuhilfenahme des Zitierprogramms Citavi 5.3 (Swiss Academic Software) erstellt. Die in der beigefügten CD-Rom gespeicherte Version wurde mit dem PDF-Creator generiert.

Verwendete Übersetzungshilfen

Wörterbuch: Collins Globalwörterbuch Englisch (2001) Glasgow: Collins.

Übersetzungs-App: LEO Dictionary. Version 2.1.2. Aarau: Kull AG

Anhang

I. Zusammenfassungen besonders wichtiger Studien (Kap. 4.1)

Schröttle, Monika; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Hornberg, Claudia; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2013): **Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland . Ergebnis der quantitativen Befragung**. Endbericht. Hg. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München.

2013 stellten Schröttle et al eine im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erarbeitete repräsentative Studie zur Lebenssituation, zu Belastungen, Diskriminierungen und Gewalt gegenüber behinderten Frauen vor. Diese betrachtete nicht nur Frauen, die über einen Behindertenausweis als behindert über die Versorgungsämter registriert waren, sondern über eine Zufallsauswahl auch weitere. In der Studien wurden Interviews sowohl mit einem quantitativen Zugang als auch eine vertiefende qualitative Befragung zu Schwerpunktgruppen durchgeführt. Das Ziel der Studie war es, "... erstmals umfassende, differenzierte und qualitativ hochwertige repräsentative Befunde zur Gewaltbetroffenheit von Frauen mit Behinderungen in Deutschland zu erlangen." (...) (S.9) "Über einen sowohl quantitativen als auch qualitativen Zugang sollte sichergestellt werden, repräsentatives Datenmaterial, aber auch vertiefende Erkenntnisse..." zu bestimmten Bereichen wie Unterstützungs- und Hilfebedarf zu erlangen. (ebd.)

"Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden erstmals repräsentativ Frauen mit Behinderungen in Deutschland zu ihrer Lebenssituation, ihren Belastungen, zu Diskriminierungen und Gewalterfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenleben befragt. Die Befragung umfasste insgesamt 1.561 Frauen im Alter von 16 bis 65 Jahren mit und ohne Behindertenausweis, die in Haushalten und in Einrichtungen leben und die starke, dauerhafte Beeinträchtigungen und Behinderungen haben." (S.10)

Befragt wurden in der Untersuchung Frauen, die als behindert gelten. Die Autorinnen lehnen sich mit der Definition an den der ICF an. Weiter wurden Frauen mit schweren chronischen Erkrankungen - auch hier eine Anlehnung an die WHO-Definition im ICF - und Frauen mit psychischen Störungen bzw. Psychiatrieerfahrung mit eingeschlossen. (S.14-15)

Aus dem Verständnis dieser Begriffe heraus wurden spezifische Kriterien für das Intaking entwickelt, wichtig war insbesondere, dass eine länger andauernde Beeinträchtigung vorlag. (S.18)

Da vor Durchführung der Studie keine repräsentativen Grunddaten für die Population vorlagen, wurde ein Random-Route-Verfahren zur Sicherstellung der Repräsentativität in der Haushalts-, als

auch in der Einrichtungsbefragung angewendet, welches in einem Prétest erfolgreich getestet wurde. Die Wege der Auswahl der Probandinnen, das Vorgehen bei den unterschiedlichen Interviews, Schulung der Interviewerinnen und weitere Merkmale, welche sich auf die Qualität der Daten auswirken, werden in der Studie detailliert dargestellt, hierauf soll an dieser Stelle verzichtet werden. Eine Einschränkung bei der Repräsentativität ist hervorzuheben, denn die Autorinnen gehen von einem Mittelschichtbias aus. Ebenso wird davon ausgegangen, dass Frauen mit Migrationshintergrund unterrepräsentiert sind. (S.19ff)

"Da blinde, gehörlose und schwerstkörper-/mehrfachbehinderte Frauen auch aufgrund ihres geringeren Anteils innerhalb der Gruppen der Frauen mit Behinderungen, über die repräsentativen Zugänge der Haushalts- und Einrichtungsbefragung nicht in ausreichend hoher Anzahl erreicht werden können ...", wurden diese Gruppen über Zugänge durch Versorgungsämter (Random-Route-Verfahren) und über nicht-repräsentative Zugänge wie Verbände und Medien ausgewählt. Hier wurden Daten vertieft erhoben. (S.27f)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): **Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland.** Stuttgart: Kohlhammer. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 209)

Der im Jahr 1999 durch das Bundesministerium für Jugend, Familie, Senioren und Frauen veröffentlichte Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland enthält eine Bestandsaufnahme der frauenspezifischen gesundheitlich relevanten Bereiche, damals noch unterteilt in Ost- und Westdeutschland.

Zwei Drittel der schwerbehindert gemeldeten Frauen fielen in die Kategorie der körperlichen Beeinträchtigungen. "Als wichtigste Ursache der schwersten Behinderungen weist die amtliche Statistik allgemeine Krankheiten (84.2%) aus." (S. 519) Doch die Statistik gibt laut Autorinnen keine Auskunft darüber, "... zu welchem Zeitpunkt im Leben die Behinderung aufgetreten ist." Angeborene Behinderungen nehmen mit 4,6% bei den schwersten Behinderungen bei Frauen und Mädchen eine eher untergeordnete Rolle ein. Insgesamt wurde im Gesundheitsbericht darauf hingewiesen, dass eine Zunahme des Anteils der als schwerbehindert gemeldeten Frauen und Mädchen mit steigendem Alter zu verzeichnen ist. (S. 520)

Die Autorinnen stützen sich auf wissenschaftliche Erkenntnisse aus vorangegangenen Untersuchungen zu Frauen und Mädchen mit Beeinträchtigungen und kommen zu dem Schluss, dass die Betroffenen einen regelrechten Kampf um Anerkennung bestehen müssen, obwohl in der Gesellschaft oberflächlich davon ausgegangen werden sollte, dass keine Stigmatisierung stattfindet. (S.

521) Mutterschaft oder familiäre Lebensformen von als behindert geltenden Frauen werden in dem Bericht nicht aufgegriffen. Deutlich wird aus meiner Sicht eine eher defizitorientierte Sicht auf Frauen mit Beeinträchtigung der Körperstrukturen und Körperfunktionen. Ein Bericht aus dem letzten Jahrtausend, der aber als quasi historisches Dokument berücksichtigt werden soll.

Sumilo, Dana; Kurinczuk, Jennifer J.; Redshaw, Maggie E.; Gray, Ron (2012): **Prevalence and impact of disability in women who had recently given birth in the UK.** In: BMC pregnancy and childbirth. 12.

Das Paper bietet eine Übersicht über die Prävalenz von Limiting Longstanding Illness (LLI) - Behinderung und Gebrechlichkeit bei Gebärenden in GB. Sumilo et al erstellten eine Sekundäranalyse auf Grundlage von Daten der britischen Millenium Cohort Study, welche 18.231 Mutter-Kind-Paare zwischen 2000-2002 im Rahmen einer Längsschnittstudie untersuchte. Die Befragung durch Interviewer fand neun Monate nach der Geburt der Kinder statt. Die Untersuchung bietet nur grundlegende Informationen, da es die Multidimensionalität von Behinderung/Gebrechlichkeit nicht erfasst. Die Daten sollen zu dem Zweck genutzt werden, die Schwangerschaftsvorsorge in Großbritannien im Rahmen von einem verbesserten Zugang zu den Leistungen, Reduzierung von vermeidbarer Ungleichheit bei den betroffenen Frauen, zu verbessern.

9,4% (95% CI 8.7-10.0) der Mütter hatten nach eigenen Angaben eine 'longstanding illness' - langjährige Krankheit, disability - Behinderung/Einschränkung oder 'infirmity' - Gebrechen. Die meisten dieser Frauen litten unter Einschränkungen des Bewegungsapparates (29,3%), gefolgt von Erkrankungen der Atemorgane (14,7%). Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden nicht befragt.

Redshaw, Maggie; Malouf, Reem; Gao, Haiyan; Gray, Ron (2013): **Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period.** Pregnancy and Childbirth, 13. Über: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/174> (letzter Zugriff: 15.12.2016)

Redshaw et al führten eine Sekundäranalyse aufgrund von im Jahre 2010 (durch die Care Quality Commission in England) mittels Fragebögen erhobenen Daten zur gesundheitlichen Versorgung in der Schwangerenvorsorge, Geburt und Wochenbettpflege durch. Verglichen werden repräsentative Daten von insgesamt 24.155 Frauen, die im Jahr 2010 entbunden hatten, hiervon 6,1 % (1.482) nach eigener Einschätzung behindert.

In der quantitativen Studie wird ein Vergleich zwischen den Aussagen der Frauen mit 'disabilities' und jenen ohne hergestellt. Disability' wird nach der ICF definiert. Weiter wird bei behinderten

Frauen differenziert nach Typ der Einschränkung in 'physical disability' - Körperbehinderungen inkl. chronischer Erkrankungen (49%), 'mental health conditions' - psychische Erkrankungen (23%), 'sensory impairment' - Sinnesbeeinträchtigungen (13%), 'learning disabilities' - kognitive Beeinträchtigungen (8%) und mehr als eine Einschränkungsart (7%).

Gesamtergebnis ist, dass behinderte Frauen die gesundheitliche Versorgung Beratung und Unterstützung in der Schwangerschaft und rund um die Geburt als etwas weniger hilfreich und verständnisvoll wahrnehmen als Frauen ohne Einschränkungen. (S.4) Obwohl in vielen Bereichen keine Unterschiede zwischen Müttern mit und ohne Einschränkungen herrschen, gibt es größere Unterschiede z.B. in der Partnerschaft. Hier leben weniger Frauen mit Partner zusammen (79% vs. 87%). Es besteht eine höhere Rate an Frühgeburtlichkeit (12,2 % vs. 7,1%) ebenso wie ein niedriges Geburtsgewicht (LBW 8,3% vs. 4,8%). (Vgl. S.3) Redshaw et al kommen zu dem Schluss, dass in der Praxis ein Bedarf an Fortbildungen in der Versorgung von behinderten Frauen für Gesundheitsmitarbeitende besteht in den Bereichen der Beratung, Kommunikation und 'infant feeding'. Erstaunlich ist aus meiner Perspektive, dass das Stillen im Text stringent mit 'infant feeding' bezeichnet wurde, in den tabellarischen Übersichten aber mit 'breastfeeding'. Vgl. S.13) Infant feeding' bezeichnet bei der WHO das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten und die darauf folgende Einführung sicherer Beikost.* Beikosteinführung findet nicht im Wochenbett statt.

*(Vgl. http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/ letzter Zugriff: 15.12.2016)

Lange, U.; Schnepf, W.; Sayn-Wittgenstein, F. zu (2015): Das subjektive Erleben chronisch kranker Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett - eine Analyse qualitativer Studien. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 219 (4), S. 161-169

In ihrer Analyse zum subjektiven Erleben und Bewältigungsverhalten chronisch erkrankter Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett wertet Lange 11 qualitative Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum aus. Aus dem deutschsprachigen Raum wurden keine Studien gefunden, welche den Anforderungen an Qualitätsmerkmale nach dem Critical Appraisal Skills Programme entsprachen. Lange beschäftigte sich mit folgenden Fragestellungen:

- „Wie wirkt sich das Spannungsfeld von chronischer Erkrankung und Schwangerschaft auf die Erfahrungen der Frauen aus?
- Welche Bedeutung kommt dem sozialen Umfeld bei der Bewältigung der Situation zu?

- Was sagen die betroffenen Frauen zu dem Einfluss notwendiger Therapien in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett?
- Wie prägt der Krankheitsstatus die Sorge um das Kind?
- Welche Wirkung hat das Erleben der Schwangerschaft auf den weiteren Umgang mit der Erkrankung?“ (Lange et al. 2015, S. 163)

Für die Mütter spielt neben der Freude die Sorge um das Kind vor dem Hintergrund möglicher Komplikationen eine große Rolle. Hieraus können sich Konflikte in Bezug auf Entscheidungen zur eigenen und der Gesundheit des Kindes ergeben. Resümee ist, dass es hierfür selten Angebote und Informationen für die Betroffenen gibt, die dies berücksichtigen. Für die Frauen bedeutet dies, dass sie trotz Wunsch nach Normalität "... einen Sonderstatus in der Gruppe der Schwangeren einnehmen." (Lange et al. 2015, S. 161)

III. Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen (Kap. 5.3)

(Tabelle 9)

Bezeichnung der Fundstelle	Zitat der Fundstelle	Extraktion	Kategorienzuordnung mit Modifizierung der Unterkategorien
Hermes, 2003	Keine Fundstellen zum Thema Stillen gefunden. Säuglingsernährung in einem Falle erwähnt, hier wurde das Kind mit einer Flasche ernährt. (S. 242)		
S. 30, I. (Prilleltensky 2003, S. 30)	" <u>She was working alone that night, although it may have been two of them in the ward</u> ... she took the time, she got all the pillows propped up and she set the baby down where I could nurse her <u>and she said 'you tell me when you're ready for the other side' --- she was just wonderful.</u> "	Die Pflegende nimmt sich Zeit und traut der Mutter etwas zu	physische und emotionale Unterstützung durch Pflegende (Unterstützung und Beziehung) Ressource Zeitliche Ressource Fachliche Ressource
S. 30, II. (Prilleltensky 2003, S. 30)	"She was working alone that night, although it may have been two of them in the ward ... <u>she took the time, she got all the pillows propped up and she set the baby down where I could nurse her</u> and she said 'you tell me when you're ready for the other side' --- she was just wonderful."	Kissen werden so hingelegt, dass sie Mutter und Baby beim Stillen unterstützen	Alltagsgegenstände als Hilfsmittel (Produkte und Technologien) Ressource
S. 30, III. (Prilleltensky 2003, S. 30)	"Nurses on the maternity ward were noted by another participant for their attempts to facilitate her breastfeeding with different aides and devices."	Pflegende versuchen zu ermöglichen und zu unterstützen	physische und fachliche Unterstützung durch Pflegende (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S. 32, I. (Prilleltensky 2003, S. 32)	" <u>Another mother who reported getting conflicting advice from different nurses about</u>	Sich widersprechende Hinweise zum BF durch Pflegende belasten die	Fachliche Beratung durch Pflegende (Unterstützung und

	<u>breastfeeding</u> , described a sense of relief when she took her baby home from the hospital: "finally I just told them all to go away and I thought OK I'll just deal with it ... so me and him (the baby, Anm. BP) figured it out ourselves."	Mutter und Uneinheitliche Beratung behindert	Beziehung) Barriere
S. 32, II. (Prilleltensky 2003, S. 32)	"Another mother who reported getting conflicting advice from different nurses about breastfeeding, <u>described a sense of relief when she took her baby home from the hospital: "finally I just told them all to go away and I thought OK I'll just deal with it ... so me and him (the baby, Anm. BP) figured it out ourselves."</u>	Zeit und die Möglichkeit, etwas selber auszupro- bieren	Noch ohne Kategorie Rückführung auf ei- gene Fähigkeiten durch die Ressource Zeit und „selber Wege finden“ Ressource Abgrenzung von fach- licher Beratung er- möglicht Coping Eigenes Zuhause als Ort der Unabhängig- keit (neue Kategorie?)
S. 32, III. (Prilleltensky 2003, S. 32)	"Going home allowed her the time and the space to get to know her baby and find a method that would work for them both."	Das zu Hause als Raum der Entfaltung eigener Fähigkeiten	Noch ohne Kategorie „selber Wege finden“ im eigenen Zuhause Eigenes Zuhause als Ort der Unabhängig- keit (neue Kategorie?)
S. 32 IV. (Prilleltensky 2003, S. 32)	"Having her mother there for the first little while gave her the confidence she needed to later proceed on her own. Although this participant is close to her mother and	Unterstützung durch die eigene Mutter zeitlich begrenzt hilfreich, froh, wenn sie auch wieder weg geht	Unterstützung durch die eigene Mutter (Unterstützung und Beziehung) Ressource

	appreciated her help, she was also relieved when her mother left several weeks after the baby was born."		
S. 32, V (Prilleltensky 2003, S. 32)	"One participant noted that her baby also learned to adapt her: 'When I would pick them up I would use my right side a lot and they'd lean on my right side. And then as babies they almost automatically knew to reach for my right side, they would tend to lean in that direction.'"	Das Baby lernt, sich in seinen Bewegungen denen der Mutter anzupassen	Unterstützung durch das Baby (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S. 34 (Prilleltensky 2003, S. 34)	"Another participant whose parents live in another city, described how wonderful it was for her when she took her infant to visit her parents: 'I didn't do anything. My mother would take care of him and she'd feed him his pablum in the morning. When he was hungry (for breast feeding) they would give him to me. It was like I could have a vacation from him but didn't have to be away from him. It was perfect.'"	Unterstützung der eigenen Eltern wird als sehr entlastend erlebt	Unterstützung durch die eigenen Eltern (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S.403 (Thomas 2003, S. 403)	"Kate: 'I was determined to breast feed, <i>determined like you wouldn't believe</i> , to breast feed this baby [. . .] At hospital X, you've got to breastfeed on demand, no 'top ups', and if I had been allowed to probably have the odd top up I could have coped	Druck, zu stillen, wird von Beratenden aufgebaut, dabei werden Bedürfnisse der Mutter nicht berücksichtigt	Beratung durch Gesundheitspersonal (Unterstützung und Beziehung) Barriere Druck auf die Mutter behindert

	<p>a bit better and probably the effects wouldn't have escalated. [. . .] They didn't make allowances, they certainly didn't at the hospital, although the consultant who was looking after [baby] said 'I am aware, I am aware', but they were expecting things of me that I couldn't really furnish' (original emphasis)."</p>		
<p>S. 250 I. (Schaefer 2004, S. 250)</p>	<p>Das lange Halten einer bestimmten Stillposition kann für Frauen mit Fibromyalgie schmerzhaft sein, da sich hier die Muskeln verspannen können.</p> <p>"The women in this study tried a variety of methods to improve their comfort while breastfeeding. <u>They changed positions, tried lying down to nurse in order to "relax your neck', wrapped a pillow around the arm for support and comfort, purchased a babysling, ..."</u></p>	<p>Benutzung von Kissen und Babytragetüchern unterstützt eine komfortable Position zum Stillen</p>	<p>Hilfsmittel Und Alltagsgegenstände als Hilfsmittel (Produkte und Technologien) Ressource</p>
<p>S. 250 II. (Schaefer 2004, S. 250)</p>	<p>"The women in this study tried a variety of methods to improve their comfort while breastfeeding. They ... , and <u>breasted in a quiet comfortable place (e.g. 'nursing corner')</u>."</p>	<p>Stillen an einem ruhigen Ort</p>	<p>Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt Ressource</p>
<p>S. 250 III. (Schaefer 2004, S. 250)</p>	<p>"... [my sister] would come over ... to help, we would cook mega meals and freeze a month of food, and after my</p>	<p>Unterstützung durch eigene Schwester, Ehemann und Schwiegermutter</p>	<p>Unterstützung durch Angehörige (Unterstützung und Beziehung)</p>

	<p>husband went back to work, I would go and just flop at her house until dinnertime. My mother-in-law would clean my house. I would have never been able to do all this by myself."</p>		Ressource
<p>S. 250 IV. (Schaefer 2004, S. 250)</p>	<p>"However, the return or escalation of FM (Anm.: Fibromyalgie, BP) symptoms during the postpartum period or the diagnosis of a coexisting syndrome made the women feel that they could no longer breastfeed their babies when they restarted their medication regimen."</p>	<p>Einnahme von Medikamenten beendet das Stillen</p>	<p>Medikamente (Produkte und Technologien) Barriere Medikamente nicht vereinbar mit Stillen</p>
<p>S. 250/251 (Schaefer 2004, 250f)</p>	<p>"Several of the women noted that they did not receive assistance when they started to have a problem with breastfeeding. One woman said that when her problems began the physician said 'well you might as well just stop'."</p>	<p>Fehlende Beratung durch Arzt</p>	<p>Beratung durch Gesundheitspersonal (Unterstützung und Beziehung) Barriere</p>
<p>S.251 (Schaefer 2004, S. 251)</p>	<p>"While some nurses might want to provide bottles to the infants in order to give these mothers additional time to rest, it is probably better to avoid giving supplemental bottles in the nursery, for women with FM who desire to breastfeed really need nurses' support with breastfeeding. (...) Although offering a bottle to give the mother a chance to rest reflects good inten-</p>	<p>gut gemeinte, aber fachlich ungeeignete Unterstützung kann das Stillen gefährden</p>	<p>Unterstützung durch Gesundheitspersonal (Unterstützung und Beziehung) Barriere</p>

	tions, nurses who do this might actually be sabotaging breastfeeding efforts."		
S. 252 (Schaefer 2004, S. 252)	"Based on the study reported here, nurses will now know that the symptoms associated with FM might be a barrier to breastfeeding. They can use this information to help prepare the women and their spouses for breastfeeding."	eine fachlich fundierte Beratung kann das Stillen fördern	Beratung durch Gesundheitspersonal (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S. 127 (Kaiser et al. 2012, S. 127)	"The positive social response helped increase informants' confidence in their capability to care for their child. These informants were also more willing to accept assistance from others, and were less troubled by their need for help."	positive Rückmeldungen anderer wirken sich stärkend auf die Eltern aus, Hilfe kann dadurch besser angenommen werden	Anerkennung von anderen stärkt (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S. 129, I. (Kaiser et al. 2012, S. 129)	"With the bassinet that I had the sides came down and it was almost level with her cushion so I would just slide her into the bed ... I couldn't have used another kind of bassinet where I had to lift her over top."	Babykörbchen mit herunterklappbaren Seiten als nützliches Hilfsmittel	Hilfsmittel/Möbel (Produkte und Technologien) Ressource
S. 129, II. (Kaiser et al. 2012, S. 129)	"We'd dress him in those bib overalls where you can just lift him up by straps and pick him up that way."	funktionale Kleidung des Babys als Hilfe, um es aufzunehmen	Hilfsmittel/Kleidung (Produkte und Technologien) Ressource
S. 129 III. (Kaiser et al. 2012, S. 129)	"The best aids and adaptations reported by some informants were those that served multiple functions, such as the breastfeeding cushion which several moth-	multifunktionale Hilfsmittel wie Stillkissen zum Transport	Hilfsmittel (Produkte und Technologien) Ressource

	ers used for feeding and transporting their child."		
S. 131, I. (Kaiser et al. 2012, S. 131)	"In general, most informants thought the internet was the most effective tool for gathering information on parenting for people with disabilities as well as aids and adaptations to assist them in their role as a parent."	Das Internet als größte Informationsressource	Internet (Produkte und Technologien) Ressource
S. 131, II. (Kaiser et al. 2012, S. 131)	"However, most informants stated the resource of greatest value to them was the knowledge received from their peers, in particular, how the other parents with SCI (Rückenmarksverletzung) performed specific childcare tasks."	Das Vorwissen durch die Peers von größtem Wert	Peers (Unterstützung und Beziehung) Ressource
S. 131, III. (Kaiser et al. 2012, S. 131)	"Most informants mentioned a few hospitals and other organizations that were helpful in providing some informations but overall felt that information was limited, difficult to access, and there was a shortage of knowledgeable experts."	Krankenhäuser als Informationsquelle manchmal nützlich, überwiegend aber wenig Wissen bei den Experten	Krankenhäuser in ihrer Beratungsfunktion (Dienste, Systeme, Handlungsansätze) teils - teils
S. 131, IV. (Kaiser et al. 2012, S. 131)	"Some informants expressed the need for hospital and community-based organizations to collaborate in order to ensure clients are provided with the information and support they require throughout the entire process from the time leading up to conception until child-birth and	Forderung nach Vernetzung von Krankenhäusern und anderen öffentlichen Hilfsangeboten im Rahmen der Schwangerschaft-Geburt-Wochenbett	Vernetzung zwischen Angeboten (Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze) Ressource

	beyond."		
S. 159 (Walsh-Gallagher et al. 2012, S. 159)	"... she'd say baby is fine and you're getting on well I said to her we are not doing fine I need help ... she said she'd call later ... she never did ... nothing has changed."	Bedürfnisse der Mütter werden nach Geburt nicht beachtet - Unzuverlässigkeit der Pflegenden	Pflegende unterstützen trotz Anfrage nicht (Unterstützung und Beziehung) Barriere
S. 78, I. (Meade et al. 2013, S. 78)	"For some women, postnatal care, particularly breastfeeding, was a sensitive area of concern, where clashing needs (of the mother and child) meant that controlling the rheumatoid arthritis flare also meant discontinuing breastfeeding, which for some women is an important bonding experience with their newborn."	konkurrierende Bedürfnisse von Mutter und Kind	Medikamente vs. Stillen (Produkte und Technologien) Barrieren
S. 78, II. (Meade et al. 2013, S. 78)	"' I was not ready to give up breastfeeding, and neither was my daughter, but I felt my options were limited. I felt I couldn't continue to take steroids, my pain was increasing and I couldn't be the best mum I wanted to be.' "	Medikamenteneinnahme beendet Stillen, enttäuscht die Mutter	Medikamente (Produkte und Technologien) Barrieren

V. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, diese Masterarbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder unveröffentlichten Schriften entnommen sind, wurden als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt.

Wiesbaden, 05.01.2017

Birgit Planitz
Dipl.-Pflegerin (FH)
Kiedricher Str. 11
65197 Wiesbaden
E-Mail: birgit.planitz@web.de
Telefon: 0177 588 78 52