



Ausbildungszentrum
Laktation und Stillen
Frühe Kindheit und Familie

Facharbeit von Nina Busch
Bonn, 10.12.2023
Stillspezialistin Kurs 2023/24

Stillvorbereitung, WHO-Kodex, Elternzeit Deutschland – Schweden ein Ländervergleich



Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung	2
2. Stillvorbereitung	6
2.1. Stillvorbereitung in Deutschland	7
2.2. Stillvorbereitung in Schweden	9
3. Der WHO Kodex	10
3.1. In Deutschland	10
3.2. In Schweden	12
4. Mutterschutz, Elternzeit und Elterngeld	13
4.1. In Deutschland	14
4.2. In Schweden	16
5. Zusammenfassung und Diskussion	17
6. Quellen	19

1. Einleitung

Stillen ist viel mehr, als nur die natürliche Ernährung des Kindes. Es ist die beste Möglichkeit eine dauerhafte, tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen, das Fürsorgeverhalten der Mutter zu stärken und dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Zuneigung für eine gesunde Entwicklung zu vermitteln.

Die aktuelle SUSE 2- Studie von 2018/2019 ist eine bundesweite Studie zur Datenerhebung zum Stillen und zur Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr.

Laut der Stiftung für Kindergesundheit haben sich die Rahmenbedingungen für das Stillen, besonders in deutschen Krankenhäusern im Vergleich zur SUSE 1- Studie von 1997/1998 deutlich verbessert (Abb1).

Die initiale Stillrate liegt in Deutschland laut des DGE Ernährungsberichtes von 2020 **bei 97%** nach der Entbindung. Zum Zeitpunkt der Entlassung waren es noch **74,1 %** der Neugeborenen, die ausschließlich gestillt wurden. Der Anteil der ausschließlich gestillten Säuglinge lag im Alter von 2 Monaten bei **67,4%**, mit 4 Monaten **55,8%** und mit 6 Monaten, zum Zeitpunkt der Studie (2018-2019) nur noch bei **8,3%** (1). Die niedrige Stillrate bei 6 Monate alten Kindern lässt vermuten, dass Mütter noch deutlich mehr Information und Unterstützung benötigen.

Im Vergleich mit den europäischen Nachbarländern liegt Deutschland in Bezug auf die Stillrate im Bereich der skandinavischen Länder (Dänemark/ Schweden/ Norwegen/ Finnland), die traditionell eine hohe Stillrate aufweisen. In Schweden wurden im Jahr 2021 mit 1 Lebenswoche noch **93%** der Neugeborenen voll/ausschließlich gestillt, im Alter von 2 Monaten noch **83%**, mit 4 Monaten **73%** und mit 6 Monaten bei **60,3%** (2) **11%** ausschließliches Stillen (14).

In meiner Facharbeit habe ich mich mit dem Ländervergleich Deutschland- Schweden beschäftigt. Hier besonders mit dem Aspekt der Stillvorbereitung und der Frage, welchen Stellenwert nimmt die Stillvorbereitung in der Schwangerenvorsorge ein und gibt es einen Einfluss auf die Stillrate.

Dann habe ich mir angeschaut, wie die Verbreitung und die Umsetzung des WHO-Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatznahrung in den beiden Ländern umgesetzt wird.

Zuletzt die Frage, wie ist die aktuelle Mutterschutz- und Elternzeitregelung im jeweiligen Land, sowie die finanzielle Unterstützung und der Anteil der Väter/ PartnerInnen, die sich aktiv an der Versorgung der Kinder beteiligen.

Den Vergleich zu Schweden habe ich gewählt, weil ich schwedische Wurzeln und gute Kontakte nach Schweden habe. Schweden gilt außerdem als besonders familien- und kinderfreundliches Land. Mich interessierte, welche Unterschiede es im Vergleich zu Deutschland in den zuvor genannten Aspekten gibt, und ob sich diese Unterschiede auch in den Stillraten wiederfinden.

Abb. 1: Vergleich SUSE 1 und SUSE 2 Studie



DGE e.V. Anteil gestillter im Vergleich zur SUSE 1 Studie (3)

Tabelle 1: Stillraten in Deutschland und Schweden im Vergleich.

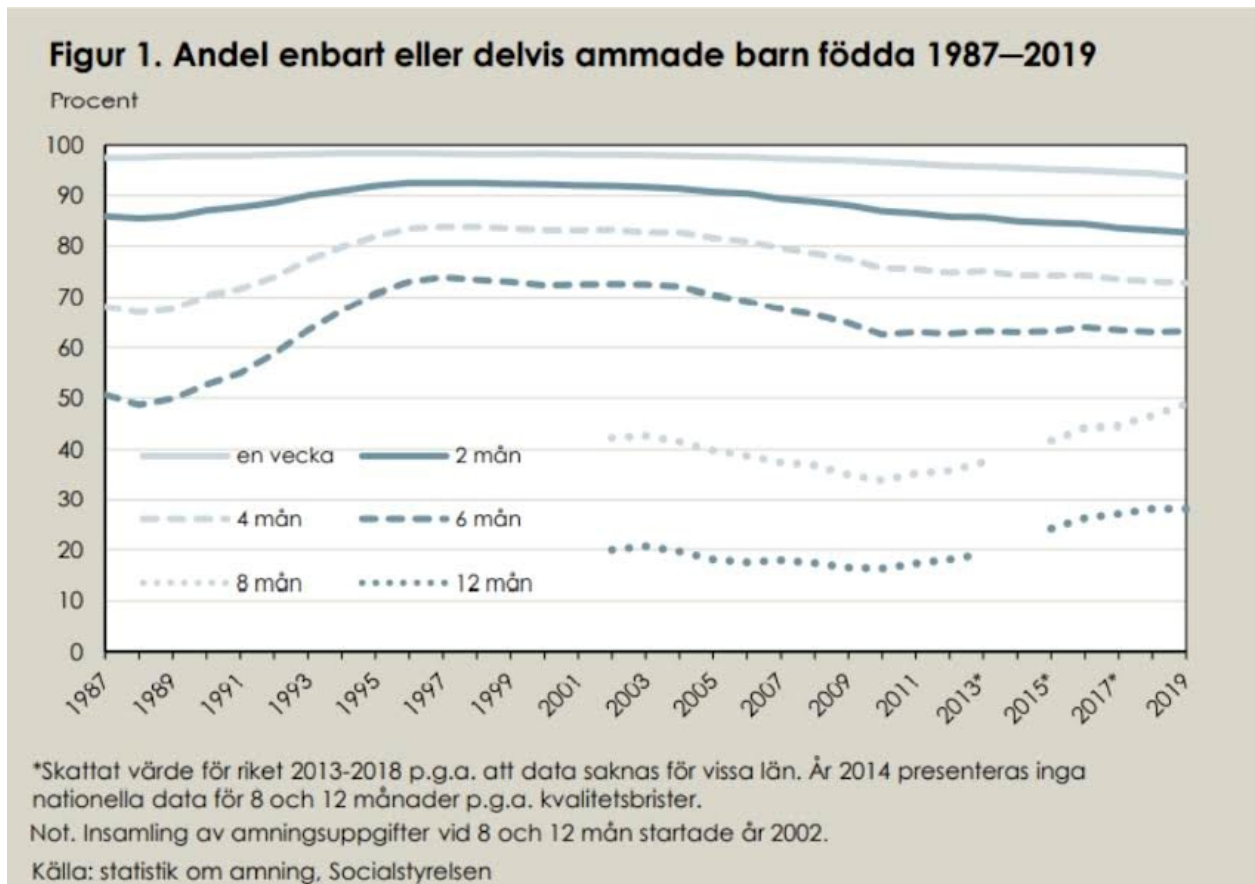
		Neugeborene	2 Monate	4 Monate	6 Monate
Breastfeeding Rates and Programms in Europe, Theurich, A. et al. (16)exclusively breastfed	Deutschland	86%	60%	49%	19%
Breastfeeding Rates and Programms in Europe, Theurich, A. et al. (16)exclusively breastfed	Schweden	80%	64%	51%	14%
Statistik om amning voll und teilweise gestillte Kinder (2)	Schweden	93%	83%	73%	60%
DGE-Studie ausschließlich und teilweise gestillte Kinder (1)	Deutschland	74,4% (mit 2 Wochen)	71,3	60,1	10,6

Abb.2 : Stillraten in Deutschland

Ernährungsformen	Alter				
	2 Wochen	2 Monate	4 Monate	6 Monate	12 Monate
ausschließlich Muttermilch	71,7	67,4	55,8	8,3	0,0
überwiegend Muttermilch	2,7	3,9	4,3	2,3	0,0

Ernährungsformen im Verlauf des 1. Lebensjahres (Häufigkeit in Prozent aller Säuglinge) 2020
DGE Studie(1)

Abb.3 Stillraten in Schweden



Anteil der ausschließlich oder teilweise gestillten Kinder in Schweden, geboren 1987-2021 (2)

2. Stillvorbereitung

Welchen Einfluss hat eine präpartale Stillvorbereitung auf die Entscheidung sein Kind zu Stillen und die Stillrate?

In den Jahren 2014-2021 wurde in 14 Studien (4) untersucht ob und wenn ja, welchen Einfluss eine Stillvorbereitung noch vor der Geburt auf die Entscheidung zu Stillen, und die Umsetzung hat.

Durch die gezielte Auseinandersetzung mit dem Thema Stillen noch in der Schwangerschaft, fühlten sich die Frauen in dem Prozess der Entscheidung informiert, gestärkt und unterstützt. Sie standen noch nicht unter dem Druck, jetzt ihr Kind ernähren zu müssen.

Laut der Studien waren vier Faktoren maßgeblich verantwortlich für eine erhöhte Stillrate postpartal infolge von Wissensvermittlung und der Auseinandersetzung mit dem Thema Stillen präpartal:

- Ein höheres Selbstwirksamkeitsempfinden in der Stillzeit
- Ein umfassenderes Basiswissen zum Stillen
- Eine häufigere Entscheidung zu Stillen nach der Geburt
- Vermehrte Unterstützung durch Familie und das soziale Umfeld.

Die Ergebnisse zeigen einen allgemeinen Zusammenhang zwischen der präpartalen Information zum Stillen und einer erhöhten Stillrate nach der Geburt. Die AutorInnen führen das hohe Maß an positiven Stillergebnissen in allen Studien auf die Stillvorbereitung zurück.

Frauen, die die Möglichkeit einer präpartalen Stillvorbereitung wahrgenommen haben, entschieden sich häufiger ihr Kind zu Stillen und hatten eine längere Stillzeit, als Frauen die vor der Geburt keine Vorbereitung oder Information zum Thema Stillen hatten.

Die Empfehlung der AutorInnen lautet, bereits in der Schwangerschaft das Thema Stillen flächendeckend zu thematisieren, zu informieren und zu vertiefen, um so die Anzahl der Frauen die Stillen und der Kinder, die gestillt werden zu erhöhen.

2.1. Stillvorbereitung in Deutschland

Eine flächendeckende, stillfördernde Begleitung der Frauen/ Eltern bereits vor der Entbindung wäre wünschenswert und hilfreich.

Die Mütter/Väter könnten gut informiert in die Stillzeit gehen. Das Wissen über die körperlichen Veränderungen und Vorgänge beim Stillen hilft den Frauen, Situationen einzuschätzen und macht sie handlungsfähig. Überforderung, und im schlimmsten Fall das frühzeitige Abstillen des Kindes kann durch Information und qualifizierte Beratung reduziert werden.

Stillvorbereitung wird bereits in einigen Geburtskliniken angeboten, besonders häufig in BFHI-zertifizierten Entbindungskliniken. Es gibt verschiedene Formate, zum Beispiel als Kurs in einer Kleingruppe, online oder als Stillinformationsveranstaltung in größerer Gruppe. Häufig, aber nicht immer, werden diese Stillvorbereitungskurse von zertifizierten Still- und LaktationsberaterInnen durchgeführt. Der Beruf der 'Stillberaterin' ist im deutschsprachigen Raum nicht geschützt, was die Qualität der Beratung beeinträchtigen kann.

Die Veranstaltungen sind oft kostenpflichtig und erreichen in der Regel die Frauen/ Eltern, die sich ohnehin bereits mit dem Thema Stillen auseinandergesetzt haben und zudem auch noch über die finanziellen Mittel verfügen. Die Kosten belaufen sich von ca. 30€ für Einzelpersonen, bis zu ca. 60 € für ein Paar.

Stillvorbereitungskurse sind keine Regelleistung der Krankenkasse. Jedoch übernehmen einige Krankenkassen/-versicherungen in besonderen Fällen die Stillvorbereitung oder zahlen einen Zuschuss zu einem beliebigen Kurs in der Schwangerschaft. Ein niederschwelliges flächendeckendes Angebot für kostenlose präpartale Stillvorbereitung durch qualifizierte, zertifizierte Still- und LaktationsberaterInnen würde gute Voraussetzungen für ein erfolgreiches Stillen schaffen und die positive Einstellung zum Stillen stärken.

WBTi (World Breastfeeding Trends Initiative) schreibt im Welt-Still-Trend-Bericht von 2018:

„Es gibt keine übergreifende Strategie zur Unterstützung schwangerer und stillender Mütter im außerklinischen Bereich (...) auf der Ebene des Gesundheitssystems haben Schwangere und Mütter grundsätzlich Anspruch auf Unterstützung durch Hebammen. Allerdings gibt es einen erheblichen Mangel (...).

Beratungsangebote von Still- und LaktationsberaterInnen IBCLC sind meistens für die Mütter kostenpflichtig und nur an einigen Orten verfügbar. Regional betrachtet, weist das Angebot

(Stillunterstützung) große Lücken auf. (...) diese Gruppen erreichen kaum Mütter mit Migrationshintergrund und/oder in schwierigen Lebenslagen.“(5)

Die Handlungsempfehlungen der WBTi lauten wie folgt:

- Entwicklung einer übergreifenden Strategie im außerklinischen Bereich mit gut erreichbarer, qualifizierter und für die Mütter kostenloser Beratungsmöglichkeit durch medizinische Fachpersonen und Mutter-zu-Mutter-Unterstützung
- Flächendeckende, für die Mütter kostenlose Beratungsangebote bei Stillproblemen in Form von Stillambulanzen und durch Hausbesuche
- Flächendeckende Versorgung mit Hebammen, einschließlich deren Fortbildung zum Stillen

Im Bericht „Nationale Strategie zur Stillförderung“ des Max Rubner-Instituts von 2021 (7) steht, dass die Stillberatung als eigenständige, gesetzliche Krankenkassenleistung für weitere Berufsgruppen außer den Hebammen etabliert werden und zusätzlich zur Hebammenhilfe in den Leistungskatalog aufgenommen werden soll. So kann medizinisches Fachpersonal mit anerkannter Weiterbildung für Still- und Laktationsberatung wie z.B. Stillspezialistin oder IBCLC diese Beratungen durchführen.

Um sicherzustellen, dass alle Frauen noch während der Schwangerschaft eine qualifizierte Stillberatung erhalten, wird eine Erweiterung der Anamnese im Mutterpass um die Punkte „Stillen“ und „Brust-OP“ vorgeschlagen.

2.2. Stillvorbereitung in Schweden

In Schweden steht die Stillförderung laut Motion till riksdagen 2018/19 (9) vor einer Reihe von Herausforderungen. Die Stillrate ist seit 1996 kontinuierlich zurückgegangen. Obwohl die große Mehrheit der Frauen noch während der Schwangerschaft angibt 6 Monate ausschließlich/ voll Stillen zu wollen, hat das ausschließliche Stillen abgenommen, das Teilstillen jedoch leicht zugenommen. Die initiale Stillrate und auch die Stildauer sind im europäischen Vergleich verhältnismäßig hoch. 94% war die initiale Stillrate 2018, die von der WHO empfohlene Dauer des ausschließlichen Stillens von sechs Monaten erreichten 2018 nur 14% der Frauen. (16)

Es gibt große regionale Unterschiede in den Stillquoten, die unter anderem abhängig sind von sozioökonomischen Faktoren und dem Bildungsniveau. Das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt räumt Versäumnisse ein, den Frauen die notwendige Unterstützung zu geben, die sie zum erfolgreichen Stillen benötigen. Schweden gilt weltweit als Vorreiter in Sachen Stillen. Während der Weltstillwoche 2021 stellt die WHO/Europa die Gründe für sinkende Stillraten für die Region Skandinavien vor. 2 Online-Umfragen haben 2020 ergeben, dass vielen der gesundheitliche Nutzen des Stillens sowohl für das Kind als auch für die Mutter nicht bewusst war. Die Angebote für Mütter/Eltern zur Aufklärung über die Ernährung von Säuglingen und die Bedeutung des Stillens waren nicht gut koordiniert, und wenig einheitlich (14)

Stillvorbereitung hat auch in Beispielregion Skandinavien bisher keinen festen Platz in der Betreuung von Schwangeren. Obwohl 99% der befragten Mütter angaben, dass sie Stillen und Muttermilchernährung für die natürliche Ernährung des Säuglings halten, war 70% der Mütter nicht klar, dass Stillen neben vielen anderen gesundheitlichen Vorteilen, das Risiko für Brustkrebs nachweislich senkt. In der Region Skandinavien hat das Kompetenzzentrum für die Gesundheit von Frauen und Kindern einen Strategieplan ausgearbeitet um die Ursachen zu erforschen, die dem negativen Stilltrend zugrunde liegen und Strategien zum Schutz und zur Förderung des Stillens zu entwickeln. (14)

In dem Auszug der „Nationale Stillstrategie für die Jahre 2022-2027“ (10) findet sich in der Beilage Handlungsplan der Punkt: „Empfehlung Vorbereitung der Eltern durch reflektierte Beratung zum Stillen bereits während der Schwangerschaft.“ Verantwortlich ist die nationale Behörde für Gesundheit und Wohlfahrt, die diesen Punkt als einen Teil in das Vorsorgeprogramm für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach implementieren soll, so dass Mütter eine gut informierte Entscheidung zur Ernährung ihres Kindes treffen können.

3. Der WHO Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten

(NSF Nationale Stillförderung 2023)

Der Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatz ist eine weltweit gültige Empfehlung. Rechtverbindlich wird die Empfehlung jedoch erst, wenn sie in nationales Recht integriert wird und anschließend ihre Einhaltung überwacht und Verstöße geahndet werden. Der Kodex beinhaltet lediglich Mindestanforderungen, eine weiterführende Auslegung des Kodex ist durchaus möglich.

3.1. Deutschland

Für Deutschland gilt seit dem 22.02.2020 die delegierte EU-Verordnung für Säuglingsanfangsnahrung und Folgemilchen, die weitgehend auf dem WHO-Kodex beruht.(15)

Bindend sind auch die Vorschriften zu Werbung für Säuglingsanfangsnahrung SNWG vom 10.Oktober 1994 (17):

- Werbung für Säuglingsanfangsnahrung ist grundsätzlich verboten.
- Informationen zu Säuglingsnahrung darf keinesfalls dazu führen, stillende Mütter zu verunsichern oder zu entmutigen oder Muttermilch als minderwertig im Vergleich zu Formula- Nahrung darzustellen.
- Die Etikettierung muss deutlich und leicht verständlich sein, keinesfalls irreführend. Dass Muttermilch die beste Ernährung für einen Säugling ist muss als deutlicher Hinweis auf dem Produkt stehen.
- Nährwertangaben dürfen nur dann auf dem Produkt stehen, wenn sie wissenschaftlich belegt sind.
- Gratisproben sollen nicht an Personal in Gesundheitseinrichtungen oder an Mütter abgegeben werden.

In Zusammenarbeit mit UNICEF und IBFAN (International Baby Food Aktion Network) hat die WHO eine Checkliste erarbeitet, um zu messen, wie umfassend der Kodex einschließlich der Folgeresolutionen in den verschiedenen Ländern umgesetzt wird. Deutschland erreicht aktuell nur 39 von 100 möglichen Punkten.

Die Werbung und Vermarktung von Säuglingsnahrung stellt einen Hauptkritikpunkt in Deutschland dar. Da aktive Werbung für Säuglingsanfangsnahrung verboten ist, nutzen die Unternehmen diverse Schlupflöcher um die Käufer von Säuglingsanfangsnahrung zu verwirren. Bewerbung von Folgenahrungen zum Beispiel, die sowohl in der Verpackung, als auch in der Präsentation eine große Ähnlichkeit zu Säuglingsanfangsnahrung aufweisen, und somit die Anfangsnahrung indirekt mitbewerben, können für Irritation bei den Verbrauchern führen.

Krankenhäuser, die der BFHI (Babyfriendly Hospital Initiative) angehören, sind verpflichtet alle Mitarbeiter, die Umgang mit Müttern und Kindern haben, zur Bedeutung und Förderung des Stillens, zu Risiken des Stillverzichts und zum verantwortungsvollen Umgang mit Muttermilchersatzprodukten regelmäßig nach bestimmten Vorgaben zu Schulern, und so für die Umsetzung des WHO-Kodex zu sorgen. Bundesweit gibt es jedoch bisher keine evidenzbasierten Standards hinsichtlich der fachlichen Qualifikation von Gesundheitspersonal, welches in die Betreuung von Schwangeren und Müttern eingebunden ist, in Bezug auf Stillunterstützung. (Jule Heike Michels Bundesbeauftragte für Stillen und Ernährung IBCLC)

Von 590 Geburtskliniken sind 138 Babyfreundlich zertifiziert (Stand November 2023 babyfreundlich.org). Das bedeutet, dass nur etwa 25 von 100 Kindern in einem "Babyfreundlichen Krankenhaus" zu Welt kommen und die große Chance haben, dass ihre Mütter umfassend informiert, beraten und unterstützt werden, was das Stillen und Säuglingsernährung betrifft.

Die Einhaltung des WHO-Kodex ist in Deutschland eine große Herausforderung. Das Monitoring obliegt zu einem großen Teil den Organisationen, die das Stillen fördern und Multiplikatoren ausbilden, Verbraucherschutzverbänden und Gesundheitsbehörden. Verstöße gelten zwar als Ordnungswidrigkeit und Strafen und Geldbußen sind als Maßnahmen vorgesehen, doch wurden in der Zeit von 2015-2018 Verstöße nicht sanktioniert (World Breastfeeding Initiative 2018). IBFAN, das internationale Aktionswerk zur Säuglingsernährung registriert in einem internationalen Register gemeldete Verstöße.

Um die Einhaltung bzw. Umsetzung des Kodex wirksam zu kontrollieren und Verstöße rechtswirksam ahnden zu können, wäre es wünschenswert, den Kodex mit all seinen Bestandteilen in unsere nationale Gesetzgebung zu implementieren, damit alle Kinder von dieser Reglementierung profitieren können, nicht nur diejenigen, die in einem Babyfreundlichen Krankenhaus zur Welt kommen

3.2 Schweden

Schweden hat den WHO-Kodex in den 1980er Jahren als eines der ersten Länder weltweit in nationales Recht übernommen. Um das Stillen zu schützen und zu fördern, hat Schweden mit klaren Vorgaben zu Werbung und Vermarktung und Etikettierung von Muttermilchersatznahrung dafür gesorgt, dass Familien, die darauf angewiesen sind industrielle Säuglingsnahrung zu verwenden, korrekt und umfassend informiert sind. Werbung für Muttermilchersatz für Kinder bis zum 6. Lebensmonat ist in Schweden verboten. Säuglingsanfangsnahrungen müssen korrekt etikettiert sein. Bilder oder Texte, die darauf abzielen, die Ersatznahrung als gleich- oder höherwertig darzustellen sind nicht erlaubt. Kodex-Verstöße sind in schwedischen Gesundheitseinrichtungen allerdings nicht selten. In einer Umfrage in der Region Schonen aus dem Jahr 2020, gaben 91% der pädiatrischen Pflegekräfte an, dass sie in den letzten zwölf Monaten von Vertretern der Säuglingsnahrungsindustrie kontaktiert wurden. Zur Verteilung an Familien erhielten 80% von ihnen kostenlose Proben. (14)

Um diesen Verstößen entgegenzuwirken, ist in Schweden mit Wirkung vom 01.01.2021 ein Vertrag in Kraft getreten, der eine Verpflichtung für alle Einrichtungen enthält, die vor- oder nachgeburtliche Versorgung von Kindern anbieten, sich vollständig an die Vorgaben des internationalen Kodex zu halten. Das schwedische Gesundheitspersonal wird regelmäßig geschult im Hinblick auf die Vorteile des Stillens und die Risiken von Säuglingsanfangsnahrung, um sicherzustellen, dass Mütter angemessene und unvoreingenommene Informationen erhalten. (14).

Hiermit hat Schweden zwei wichtige Instrumente, die einerseits die flächendeckende Umsetzung des Kodex fordern und andererseits durch schwedisches Recht die Möglichkeit der konsequenten Ahndung und Bestrafung von Verstößen bietet. Somit ist die Gefahr, dass Mütter die Stillen oder Stillen möchten durch Werbung, unkontrollierten Verkauf von Muttermilchersatz oder Unwissenheit des betreuenden Gesundheitspersonals beeinflusst oder verunsichert werden vergleichsweise gering.

4. Mutterschutz, Elternzeit und Elterngeld

Mutterschutz, Elternzeit und Elterngeld geben Eltern die Möglichkeit, sich für einen bestimmten Zeitraum um ihr Neugeborenes, bzw. um ihr Kind zu kümmern ohne Angst haben zu müssen die Arbeit zu verlieren und kein Einkommen zu haben.

Mutterschutz

- Der Mutterschutz ist darauf ausgerichtet, Schutz und Rechte werdender Mütter am Arbeitsplatz zu gewährleisten.
- Die Gesundheit der Mutter und ihres ungeborenen Kindes zu sichern

Elternzeit / Elterngeld

- Hauptziel ist es, die Lebensbedingungen von jungen Familien durch finanzielle Unterstützung zu verbessern, die Eltern-Kind-Bindung, die frühkindliche Entwicklung zu fördern und die Gleichstellung von Frauen und Männern im Hinblick auf Familienverantwortung zu unterstützen.
- Soll helfen finanzielle Verluste während dieser Zeit auszugleichen und Eltern die Möglichkeit geben, sich Zeit für ihr Kind zu nehmen.
- Ermöglicht es den Eltern, nach der Geburt intensive Zeit der Betreuung und des Bindungsaufbaus zu erleben. Das ist wichtig, um die Eltern-Kind- Beziehung zu stärken.
- Um die Gleichberechtigung der Geschlechter in Bezug auf die Kinderbetreuung zu fördern.

4.1 Deutschland

In Deutschland beginnt der Mutterschutz 6 Wochen vor der Entbindung und endet 8 Wochen nach der Geburt. Für Mütter von Frühgeborenen Kindern oder Mehrlingen verlängert sich die Mutterschutzfrist von 14 Wochen auf insgesamt 18 Wochen. (18)

Die Elternzeit umfasst bis zu 3 Jahre. Jeder Elternteil hat Anspruch auf bis zu 3 Jahre Elternzeit zur Betreuung seines Kindes. Ein bestehendes Arbeitsverhältnis bleibt während der gesamten Elternzeit bestehen. Es besteht die Möglichkeit, die Elternzeit flexibel in 3 Abschnitte aufzuteilen und 24 Monate vom 3. bis zum 8. Lebensjahr des Kindes zu nehmen. 2022 betrug der Anteil der Väter, die Elternzeit nahmen 26 Prozent.

„Elternzeit ist eine Auszeit vom Berufsleben für Eltern, die ihre Kinder selbst betreuen und erziehen. Als ArbeitnehmerIn können Sie von Ihrem Arbeitgeber verlangen, dass er Sie bis zu 3 Jahre von der Arbeit freistellt. In dieser Zeit müssen Sie nicht arbeiten. (...) Zum Ausgleich können Sie zum Beispiel Elterngeld beantragen.“ (8)

In den ersten 12 Monaten besteht Anspruch auf Elterngeld. Bleiben beide Elternteile während des ersten Lebensjahres mindestens 2 Monate gleichzeitig zu Hause besteht Anspruch auf Elterngeld für 2 weitere Monate. Die Höhe des Elterngeldes beträgt 65 Prozent bei einem höheren Einkommen, bis zu 100 Prozent bei einem niedrigen Einkommen. Die Bemessungsgrundlage ist ein Mittelwert der letzten 12 Monate. Es besteht die Möglichkeit je Elternteil in Elternzeit bis zu 32 Stunden/ Woche in Teilzeit zu arbeiten ohne Abzüge beim Elterngeld. Eltern, die nicht erwerbstätig sind und Bürgergeld empfangen, können auch Elterngeld beantragen, allerdings wird das Elterngeld in diesem Fall als Einkommen gewertet und kann Auswirkungen auf die Höhe der sonstigen Sozialleistungen haben. (8) Obwohl der Anteil der Väter, die Elternzeit und Elterngeld beantragen langsam ansteigt, ist Deutschland noch weit entfernt von einer Gleichberechtigung in der Versorgung der Kinder.

Abb.4 : Verteilung der Elternzeit +männl. Bezieher von Elterngeld

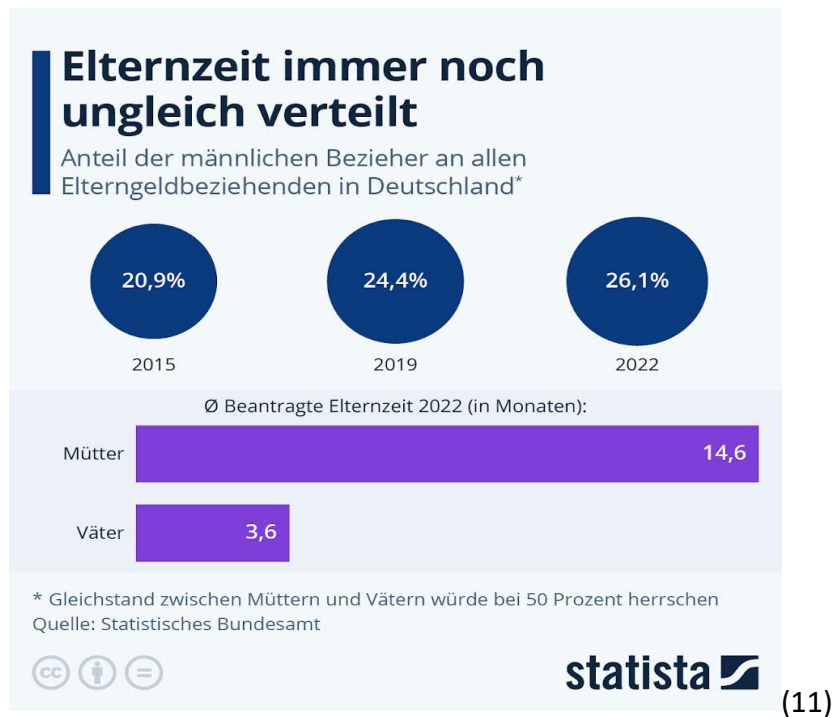
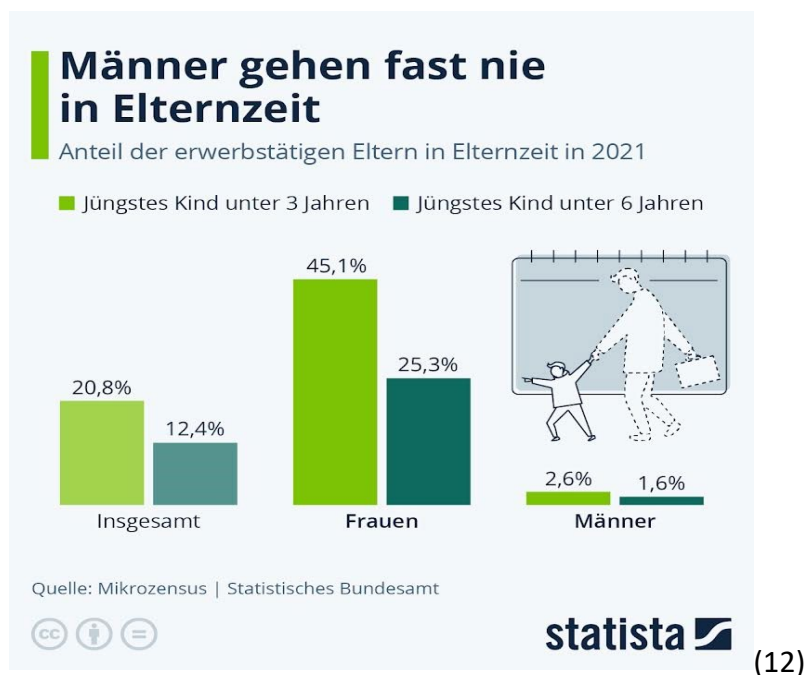


Abb.5 Erwerbstätige Eltern in Elternzeit

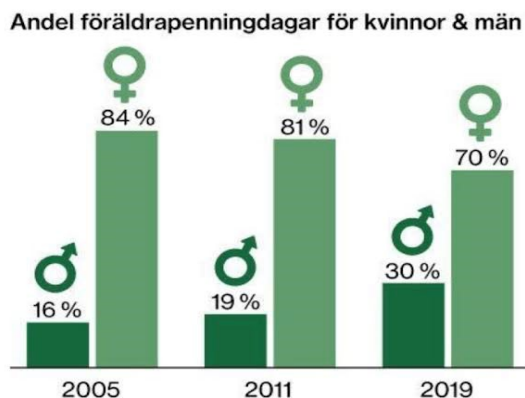


4.2. Schweden

Schweden nimmt mit seiner Elternzeitregelung eine Vorbildfunktion ein im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch die Gleichstellung der Geschlechter in Bezug auf die Fürsorge für die Kinder ist besonders. Der Anteil der Väter, die Elternzeit nehmen ist mit 30% Prozent überdurchschnittlich hoch (Abb.6). Beide Eltern erhalten zusammen 480 Tage bezahlte Elternzeit pro Kind. 90 Tage davon sind jedem Elternteil einzeln vorbehalten, die restlichen 300 Tage sind frei untereinander aufteilbar, was ein hohes Maß an Flexibilität bietet. Sollte z.B. der Vater seine 90 Tage nicht in Anspruch nehmen, so verfallen sie ersatzlos.

Diese Regelung hat dazu geführt, dass immer mehr schwedische Väter Elternzeit nehmen. Bis zum 1. Geburtstag des Kindes können beide Eltern gleichzeitig für einen Zeitraum von max. 30 Tagen in bezahlten 'Elternurlaub' gehen. Die Mutter kann bereits 60 Tage vor dem errechneten Entbindungstermin das Elterngeld beziehen. Es ist möglich, die Elternzeit flexibel bis zu 12. Geburtstag des Kindes in Anspruch zu nehmen. Zudem gibt es eine Elternzeitvergütung für 390 Tage von 80 Prozent des vorherigen Einkommens, bis zu einem festgesetzten Höchstbetrag. Die restlichen 90 Tage werden mit einem Festbetrag vergütet. (6)

Insgesamt ist das schwedische System insbesondere in Bezug auf die Aufteilung der Elternzeit zwischen den Eltern und auf die Dauer deutlich großzügiger und flexibler. Aufgrund der kulturellen Akzeptanz und eben dieser Maßnahmen ist es in Schweden völlig normal, dass Väter/ PartnerInnen nach der Geburt zu Hause bleiben und sich aktiv an der Versorgung ihrer Kinder beteiligen.



Källa: Socialförsäkringsrapporten 2019.

Abb.6 Verteilung der schwedischen Frauen und Männer, die Elternzeit nehmen (13)

5. Zusammenfassung und Diskussion

Stillen bedeutet mehr, als die reine Ernährung des Kindes. Neben der bedeutenden Vermittlung der Immunität ist es die beste Methode, eine dauerhafte, tiefe Bindung zwischen Mutter und Kind aufzubauen.

Entscheidend ist das Stillen auch, um das Fürsorgeverhalten der Mutter zu stärken und dem Kind das Gefühl von Sicherheit und Zuneigung für eine gesunde Entwicklung zu vermitteln.

Nicht zuletzt wurde vor diesem Hintergrund bereits 1981 der WHO Kodex erlassen, der das ausschließliche Stillen für 6 Lebensmonat empfiehlt. Vom Erreichen dieser Empfehlung sind wir aber nach wie vor noch weit entfernt.

Der in dieser Arbeit untersuchte Ländervergleich zeigt keinen maßgeblichen Unterschied hinsichtlich der vollgestillten Kinder bei Geburt und im Alter von 2 Monaten, 4 Monaten und 6 Monaten in Deutschland und Schweden. (Tabelle1). In Deutschland, wie auch in Schweden zeigt sich nach einer initialen Stillrate von 93% Deutschland respektive 97% Schweden, ein Rückgang der vollgestillten Kinder bis zum Ende des 6. Lebensmonat auf unter 20%. Die initial hohe Stillrate zeigt, dass Stillen als natürliche Ernährung des Säuglings bei den allermeisten Müttern akzeptiert ist und keine emotionale Hemmschwelle besteht. Auch die Datenerhebung der WHO zum Schutz und der Förderung des Stillens (14) aus Schweden konnte zeigen, dass 99% der Mütter das Stillen als natürliche und optimale Form der Säuglingsernährung ansehen. Für den sehr deutlichen Rückgang der Stillquote der vollgestillten Kinder im Verlauf bis zum 6. Lebensmonat konnten unterschiedliche Gründe identifiziert werden.

Stillvorbereitung nimmt aktuell weder in Deutschland noch in Schweden einen nennenswerten Platz in der Betreuung von Schwangeren ein. Beide Länder haben sich jedoch intensiv mit der Stillförderung auseinandergesetzt und empfehlen eine flächendeckende, qualifizierte Stillvorbereitung in den Vorsorgeplan von Schwangeren aufzunehmen. Es gibt sowohl in Deutschland, als auch in Schweden viele unterschiedliche Akteure, die ihre Aktivitäten koordinieren müssen. Eine flächendeckende, qualifizierte Stillvorbereitung könnte sowohl in Deutschland, als auch in Schweden zu einer deutlichen Steigerung der aktuellen Stillraten führen. Auch die Schulung des Gesundheitspersonals ist nicht ausreichend. 32% des schwedischen Gesundheitspersonals, das Umgang mit Müttern und Säuglingen hat, gibt an, seit der Erstausbildung zum Thema Stillen keine weitere Schulung erhalten zu haben (14). In Deutschland ist eine solche Schulung nur für das Klinikpersonal in BFHI zertifizierten Geburtskliniken verpflichtend, da mit jährlichen Folgeschulungen. Eine ausreichende Schulung des Klinikpersonals ist elementar um die Informationsweitergabe und qualifizierte, umfassende

Beratung der Eltern zum Thema Stillen und Säuglingsernährung vor und nach der Geburt zu gewährleisten.

Ein weiterer Punkt ist die Umsetzung des WHO Kodex in nationales Recht. Der WHO-Kodex ist in Schweden bereits seit 1987 im nationalen Recht implementiert und somit gültig und verbindlich. Was die Bewerbung von Muttermilchersatz betrifft, gehen in Schweden die Vorgaben für Nahrung bis zum 6. Lebensmonat weiter als in Deutschland, womit auch die WHO-Empfehlung für ausschließliches Stillen für 6 Monate berücksichtigt wird. Deutschland hingegen hat ein Werbeverbot, das nur Säuglingsanfangsnahrung betrifft, zudem bieten sich den Herstellern von Formula-Nahrung eine Vielzahl Möglichkeiten von indirekter Werbung. Es ist wichtig, dass Eltern umfassend informiert sind, dass Muttermilchersatz nur ein Ersatz ist und niemals der Muttermilch gleichwertig sein kann. Die Empfehlungen des WHO-Kodex müssten in ihrer Gesamtheit im deutschen Recht abgebildet sein.

Um auch zu Hause in den ersten Monaten die optimale Betreuung des Kindes und auch das Stillen zu ermöglichen, bedarf es ausreichend Zeit. Hierfür sind sowohl in Deutschland, als auch in Schweden die Voraussetzungen gut. Durch die staatlichen Regelungen ist auch der finanzielle Ausgleich in dieser Zeit gesichert. Die flexible Elternzeit und Elterngeld-Regelung in Schweden hat dazu geführt, dass es völlig normal ist, wenn sich beide Eltern aktiv und gleichberechtigt um ihre Kinder kümmern können. Es haben in Schweden alle Eltern unabhängig vom Einkommen einen Anspruch auf Elterngeld. Aktuell soll in Deutschland eine Reform beschlossen werden, wonach die Grenze des zu versteuernden Einkommens, ab der der Anspruch auf Elterngeld entfällt gesenkt werden soll. Die Reform ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht rechtskräftig. (8)

Eine ausreichende Schulung des Klinikpersonals und somit Informationsweitergabe an die Eltern, ausreichend Zeit und ein finanzieller Ausgleich für die Eltern und staatlich unterstützte und ggf. auch reglementierte Förderung des Stillens und klare Abgrenzung gegenüber Muttermilchersatzprodukten könnte mittelfristig zu einer Verbesserung der Stillquote führen.

Quellenverzeichnis

- (1) 14.DGE-Ernährungsbericht Vorveröffentlichtes Kapitel 3 V17 /V18 /www.Stillstudien.de
- (2) Sveriges officiella statistik 2023 „Statistik om amning“ www.socialstyrelsen.se
- (3) DGE-Blog aus dem Interview mit Prof. Dr. troph. M. Kersting
- (4) Kehinde,J.,O'Donell, C. &Grelish, A.(2022) The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum DHZ online 19.01.2023
- (5) World Breastfeeding Trends Initiative Evaluierung für Deutschland 2018
- (6)Schweden, Beschäftigung und Soziales und Integration. Europäische Kommission www.ec.europa.eu
- (7) Max Rubner-Institut „Nationale Strategie zur Stillförderung- Ergebnisse des partizipativen Prozesses.“
- (8) www.bmfsfj.de Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Elterngeld, Elterngeld Plus und Elternzeit.“
- (9) Sveriges riksdag Motion till riksdagen 2018/19 1141 av Anna Vikström
- (10) Nationell amningsstrategi 2022-2027
- (11) Statistisches Bundesamt / de.statista.com von Frauke Suhr
- (12) Statistisches Bundesamt / de.statista.com von Florian Zandt
- (13) www.diva-portal.se Isabelle Barret Mamma, pappa & barn En kritisk diskursanalytisk studie av Försäkringskassans broschyrer 2000-2018
- (14) www.WHO.int Wie Daten Konzepte zum Schutz und der Förderung des Stillens stützen können: Erfahrungen aus Schweden
- (15)www.eur-lex.europa.eu Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission
- (16) Studie Theurich, Melissa A. Breastfeeding Rates and Programms in Europe
- (17) www.bgbl.de Säuglingsnahrungswerbegesetz –SNWG 10.10.1994 Seite 2846
- (18) www.familienportal.de/lebenslagen Familienportal des Bundes