



> Die Stillempfehlung der WHO lautet:
Sechs Monate ausschließlich stillen. <

Aktuelle Herausforderungen in der Stillförderung

| Von Utta Reich-Schottky

Stillen steht im Schnittpunkt von Biologie und Gesellschaft. Einerseits ist Stillen die normale Säuglingsernährung, auf die Mutter und Kind seit Millionen Jahren eingestellt sind. Andererseits hängt erfolgreiches Stillen in hohem Maß von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den kulturellen Vorstellungen sowohl der Mutter als auch ihres sozialen Umfeldes ab. Diese Bedingungen ändern sich ständig – und damit die spezifischen Möglichkeiten für die Mütter und die Herausforderungen für die Stillförderung.

Die Stillempfehlung der WHO lautet: Sechs Monate ausschließlich stillen, das heißt keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch, und danach neben angemessener Beikost weiter stillen bis zum Alter von zwei Jahren und darüber hinaus. Davon sind wir in Deutschland weit entfernt.

Mütterlicher Diabetes

Ein aktuelles Problem ist mütterlicher Diabetes. Diabetes Typ 1 und Typ 2 sowie Schwangerschaftsdiabetes nehmen immer mehr zu. Während die diabetologische Betreuung dieser Mütter deutlich im Fokus ist, führen die spezifischen Belange der Stillunterstützung von diabetischen Müttern ein Schattendasein.

Besondere Bedeutung des Stillens bei Diabetes

Mütter mit Diabetes können stillen und sollten dazu ermutigt werden. Sie profitieren vom Stillen wie alle anderen Mütter und Kinder auch. Außerdem haben Mütter mit Gestationsdiabetes, die nicht oder kurz stillen, gegenüber Müttern, die mindestens drei Monate lang stillen, ein deutlich erhöhtes Risiko, einen Diabetes Typ 2 zu entwickeln. In einer prospektiven Untersuchung wurde drei Jahre postpartum eine direkte Korrelation zwischen der Stilldauer und zwei vom Fettgewebe gebildeten Hormonen, die das Diabetes-Risiko senken, gefunden (vgl. Stuebe et al. 2011).

Für die Kinder sind sowohl Diabetes der Mutter als auch Nichtstillen Risikofaktoren für späteres Übergewicht und eigenen Diabetes. Durch längeres Stillen lässt sich dieses Risiko normalisieren (vgl. Crume et al. 2011). Somit hat Stillunterstützung für diabetische Mütter und für ihre Kinder eine eindeutige präventive Bedeutung.

Frühe Kolostrumgabe

Der Beginn des Stillens ist für Mütter mit Diabetes nicht immer einfach. Es kommt häufiger zu Geburtskomplikationen, zu Kaiserschnitt und Frühgeburt und den damit verbundenen Schwierigkeiten auch beim Stillen.

Die Kinder diabetischer Mütter haben ein erhöhtes Hypoglykämierisiko. Die Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften AWMF fordert in ihrer entsprechenden Leitlinie, dass „Neugeborene diabetischer Mütter präventiv im Kreißsaal eine Frühfütterung im Alter von 30 min erhalten“ (AWMF 2010), um den Blutzuckerabfall in der kritischen postpartalen Phase zu begrenzen. Das mütterliche Kolostrum ist hier wie auch sonst die bewährte Neugeborenenahrung. Neben der Hypoglykämieprophylaxe stimuliert es auch das Immunsystem und sorgt für eine günstige Keimbeseidlung des Darmes. Allerdings sind auch bei ununterbrochenem Hautkontakt ab Geburt nur manche Neugeborene schon nach 30 Minuten bereit, an der Brust zu saugen. Die anderen Neugeborenen erhalten dann in der Regel künstliche Säuglingsnahrung. Dabei gibt es Möglichkeiten, auch diesen Kindern Kolostrum zukommen zu lassen.

Die Geburtshelferin kann die Mutter dabei unterstützen, im Kreißsaal Muttermilch von Hand zu gewinnen, während das Kind auf ihrer Brust liegt. Wahrscheinlich kommen aus jeder Brust zunächst nur einzelne Tropfen. Diese können mit einem Löffel oder einer Spritze aufgefangen und dem Kind direkt gegeben werden. Für die Erstfütterung reichen geringe Mengen Muttermilch aus. Gute Erfahrungen wurden auch damit gemacht, schon vor der Geburt (ab ca. 39. SSW) von Hand Kolostrum zu gewinnen. Das Kolostrum kann mit 1ml- oder 2ml-Spritzen aus der Apotheke aufgefangen werden. Die Spritzen werden mit dem Namen der Mutter und dem Datum beschriftet und eingefroren und zur Geburt in einem mit dem Namen der Mutter beschrifteten Beutel in einer Kühltasche mit zur Klinik gebracht. Dies setzt voraus, dass die Klinik Möglichkeiten hat, die Milch zu lagern und zur Frühfütterung bereit zu halten.

Die ersten Tage

Direkter Hautkontakt zwischen Mutter und Kind erleichtert beiden den Übergang von der Schwangerschaft zur nachgeburtlichen Existenz. Atmung, Körpertemperatur und Blutzucker des

Neugeborenen werden stabilisiert. Die körperliche Nähe erleichtert häufiges Stillen, was die reichliche Milchbildung beschleunigt. 24-Stunden-Rooming-in mit der Ermutigung zu viel Hautkontakt und häufigem Anlegen sind deshalb für diabetische Mütter und ihre Kinder besonders wichtig.

Mütter mit Gestationsdiabetes sind häufig übergewichtig. Das Anlegen kann dadurch erschwert sein, insbesondere in der üblichen Wiege-Position. Müttern mit großen Brüsten sollte unbedingt das seitliche Anlegen in der sogenannten Rückenhaltung gezeigt werden (Foto oben). Christina Smillie (Babygeleitetes Anlegen – Baby-Led Breastfeeding, The Mother-Baby-Dance), Suzanne Colson (Intuitives Stillen – Biological Nurturing) und andere konnten zeigen, dass menschliche Säuglinge so wie andere junge Säugetiere unter günstigen Bedingungen in der Lage sind, sich ihre Nahrungsquelle selbst zu erschließen. Dabei hat sich folgendes Vorgehen bewährt: Die Mutter sitzt etwas zurückgelehnt und bequem, das Kind liegt bäuchlings auf ihrer Brust. Die Mutter lässt sich und dem Kind Zeit. Ein angeborenes Verhaltensmuster veranlasst dann das Kind zu suchen, sich abwärts zur Brust zu bewegen und schließlich anzudocken und zu saugen, ggf. mit etwas Hilfe der Mutter. Oft liegt das Kind dann nicht waagrecht sondern schräg auf der Mutter (Foto unten). Manchmal ist dies der einfachste Weg zu einer entspannten Stillposition.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wichtig ist, die Frauen schon in der Schwangerschaft auf das Stillen anzusprechen, sie zu informieren und zu klären, wozu sie sich selber in der Lage fühlen und wozu sie bereit sind – und auch zu klären, welche Optionen die jeweiligen Geburtskliniken anbieten bzw. mittragen. Die manuelle Kolostrumgewinnung sollte den Frauen gezeigt werden.

Optimal wäre eine regionale interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen gynäkologischen Praxen, diabetologischen Praxen, Geburtskliniken und Hebammen. Als Arbeitsgrundlage für einheitliche Informationen und Vorgehensweisen kann z. B. das Faltblatt „Mütterlicher Diabetes und Stillen“ benutzt werden, herunterzuladen von www.ausbildung-stillbegleitung.de/downloads/DAIS-Diabetes+Stillen.pdf.

Frauenmilchbörsen und Frauenmilchbanken

Viele Mütter, auch solche ohne Diabetes, erreichen unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen ihr persönliches Stillziel nicht. Manche dieser Mütter, die um die Bedeutung des Stillens und der Muttermilchernährung wissen, legen großen Wert darauf, ihre Kinder trotzdem mit Muttermilch zu ernähren und die mit künstlicher Säuglingsnahrung verbundenen gesundheitlichen Risiken zu vermeiden.



Foto: Utta Reich-Schottky



Foto: Gaby Bärend

Frauenmilchbörsen

Eine Möglichkeit ist der informelle Austausch von Frauenmilch mit einer (oder mehreren) anderen Müttern. Ammenwesen und gelegentliches Stillen der Kinder von Freundinnen oder Verwandten dürften so alt wie die Menschheit sein. Neu dazugekommen ist heute die Möglichkeit, mit Hilfe des Internets über Kleinanzeigen oder regelrechte Frauenmilchbörsen Kontakt zu anderen Müttern aufzunehmen und Frauenmilch zu beziehen. Die Ausgestaltung ist sehr unterschiedlich. Es gibt kommerzielle Börsen und solche, die nur mit gespendeter Milch arbeiten. Manche versenden die Milch völlig anonym. Andere Börsenbetreiber(innen) ermutigen direkten Kontakt zwischen den Spenderinnen und den Empfängerinnen.

Natürlich ist dieser Austausch auch mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Durch hygienische Gewinnung und Handhabung der Milch, Testung auf Krankheitserreger und persönlichen Kontakt

lassen sich diese Risiken minimieren. Hier einfach nur warnend den Zeigefinger zu heben, auf die Risiken eines solchen Austauschs hinzuweisen und generell davon abzuraten, greift zu kurz. Muttermilch sollte allen Kindern zur Verfügung stehen. Die Mütter sind in diesem berechtigten Anspruch ernst zu nehmen und zu unterstützen.

Frauenmilchbanken

Milch von Frauenmilchbanken ist getestet und gesundheitlich sicher. Sie steht allerdings nur an wenigen Stellen und in geringen Mengen zur Verfügung und wird nur an kleine Frühgeborene und kranke Kinder abgegeben. Die gelegentlich geäußerte Forderung nach einer flächendeckenden Versorgung mit Frauenmilchbanken hat mehrere Haken:

- Die dahinter stehende Annahme, dass viele Mütter, insbesondere die Mütter von Frühgeborenen, nun mal nicht genug Milch hätten, wird durch die Forderung nach Frauenmilchbanken bestätigt und verfestigt. Dies kann Mütter mit anfänglichen Stillproblemen entmutigen und vom Stillen abbringen und wird damit zur selbsterfüllenden Prophezeiung.
- Frauenmilchbanken können nur das Produkt liefern, nämlich die Milch. Dieses Produkt ist wertvoll. Das Stillen als Beziehung und Verhalten bleibt dabei jedoch unberücksichtigt und ohne Wertschätzung.
- Frauenmilchbanken sind mengenmäßig notwendigerweise beschränkt. Mit ihrer Milch kann nur ein kleiner Teil der Kinder und auch diese nur für begrenzte Zeit versorgt werden. Mit wirksamer Stillförderung werden viel mehr Mütter und Kinder erreicht und die Kinder können zwei Jahre und darüber hinaus Muttermilch bekommen.
- Frauenmilchbanken sind in Aufbau und Unterhaltung teuer. Laut Corinna Gebauer, ärztliche Leiterin der Leipziger Milchbank, kostet der geprüfte Liter Frauenmilch rund 50 Euro. Ein kleines Frühgeborenes trinkt während seines Aufenthaltes in der Klinik im Durchschnitt bereits neun bis zwölf Liter (www.swr.de/swr2/wissen/muttermilchbank-leipzig/-/id=661224/nid=661224/did=13157056/1jrrbf3/index.html). Eine Versorgung aller nicht gestillten Kinder mit Milch aus Frauenmilchbanken ist nicht finanzierbar.

Wirksame Maßnahmen zur Stillförderung können flächendeckend dazu beitragen, dass mehr Mütter ihr persönliches Stillziel erreichen. Frauenmilchbanken sind eine Lösung für die dann noch verbleibenden wenigen Kinder, die auf Spenderinnenmilch angewiesen sind.

Muttermilchernährung oder Stillen?

Milchpumpen zum Gewinnen von Muttermilch gibt es schon länger. In den letzten zwanzig Jahren haben sie einen kometenhaften Aufstieg erlebt. Medizinisch werden sie eingesetzt, wenn die Säuglinge wegen Frühgeburtlichkeit, Behinderungen oder Erkrankungen nicht direkt gestillt werden können. Bei Trennung von Mutter und Kind, z. B. wegen Erwerbstätigkeit, werden sie benutzt, um die Zeiten der Trennung zu überbrücken. Zunehmend werden sie als notwendiges Accessoire für stillende Mütter und als Lebensstilelement vermarktet. Muttermilch-

ernährung und Stillen werden in der Werbung gleichgesetzt: „Natürlich still ich, auch mal mit abgepumpter Milch“. Für die Milchpumpenhersteller ist das ein hervorragendes Geschäft. Die Gleichung geht allerdings nicht auf.

Stillen: Produkt und Beziehung

Stillen ist neben dem Produkt Muttermilch in hohem Maße Beziehung, Verhalten und auch Physiologie von Mutter und Kind. Beim Flaschefüttern fehlt der Brustkontakt, die Hormonausschüttung ist niedriger. Beim Stillen nimmt im Laufe der Mahlzeit der Fettgehalt zu, was den Kindern möglicherweise bei der Selbstregulierung von Hunger und Durst hilft. Kinder, die einen größeren Anteil an Flaschenfütterung im ersten halben Jahr bekommen haben, zeigen im zweiten Halbjahr eine stärkere Neigung, Becher und Flaschen leer zu trinken (vgl. Li et al. 2010). Flaschefüttern kann wegen des unterschiedlichen Trinkverhaltens mit dem Stillen interferieren und früheres Abstillen begünstigen.

> Die gelegentlich geäußerte Forderung nach einer flächendeckenden Versorgung mit Frauenmilchbanken hat mehrere Haken <

Väter

Hier kommt auch die Rolle des Vaters ins Spiel. Manchmal wird empfohlen, Milch abzupumpen, um ihm Gelegenheit zum Füttern zu geben, für den Aufbau einer engeren Beziehung zum Kind. Das mag für einige zutreffen. Entscheidend für die Beziehung zum Kind sind jedoch der Kontakt, das Kuscheln und Tragen, Sprechen und Spielen. Und im Gegensatz zur stillenden Mutter kann der Vater dem Kind zeigen, dass Liebe auch ohne Essen möglich ist – auch ein Beitrag zur Vorbeugung späterer Essstörungen. Eine gute Stillfördermaßnahme sind Gesprächsangebote für (werdende) Väter, am besten von einem Mann geleitete Gruppentreffen, in denen die Väter über ihre spezifischen Fragen und Sorgen sprechen können und für sie wichtige Informationen erhalten.

Muttermilch gewinnen

Für Situationen, in denen das Gewinnen und Füttern von Muttermilch notwendig oder gewünscht sind, sollten den Müttern firmenunabhängige Informationen zur Verfügung stehen. Mit ein bisschen Übung ist das Gewinnen von Muttermilch von Hand wirkungsvoll und unkompliziert. Es ist unabhängig von technischen Hilfsmitteln und kann überall eingesetzt werden. In den ersten ein bis zwei Tagen nach der Geburt ist es allen Pumpen überlegen, weil jeder Tropfen des Kolostrums aufgefangen und gefüttert werden kann. Im weiteren Verlauf vermag die Kombination von Pumpen und Handentleeren die Milchmenge besser zu steigern als das Pumpen allein. Bei Problemen wie wunden Brustwarzen oder Milchstau kann die Brust von Hand schonend und ein gestauter Bereich gezielt geleert werden. Deshalb ist es sinnvoll, in der Geburtsklinik jede Mutter mit dieser Methode vertraut zu machen.

Milchpumpen gibt es in sehr unterschiedlicher Qualität, und auch die Mütter haben individuelle Vorlieben. Kennen die Mütter Kriterien für gute Pumpen, können sie eine informiertere Entscheidung treffen. Hilfestellung bietet z. B. das Faltblatt „Muttermilch gewinnen – von Hand oder mit einer Pumpe“, www.ausbildung-stillbegleitung.de/downloads/DAIS.MuMi_gewinnen.pdf.

UNICEF sagt eindeutig: Erste Wahl ist Stillen. Zweite Wahl ist abgepumpte oder von Hand gewonnene Milch der eigenen Mutter (UNICEF). Und uns bleibt die Aufgabe, das Stillen vor den Verkaufsinteressen der Milchpumpenhersteller zu schützen.

Interessenkonflikte und Missbrauch des Gesundheitssystems zur Verkaufsförderung

Die Strukturen im Gesundheitssystem sowie Einstellungen und Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben entscheidenden Einfluss darauf, ob das Stillen gelingt. Die Hersteller von Säuglingsnahrung und Zubehör wenden erhebliche Mittel auf, um hier Zugang zu bekommen. Dies geschieht auf zwei Wegen.

Zum einen werden Produkte platziert: Kalender und Uhren mit Firmenlogo hängen an den Wänden von Praxen und Kliniken, und über die Mitarbeiter(innen) werden sogenannte „Geschenke“ an die Mütter verteilt. In einem Supermarkt erwartet jeder Kunde Werbung für die dort verkauften Produkte. In Arztpraxen und Kliniken erwarten die Eltern sachkundige Beratung und der Gesundheit dienende Empfehlungen. In diesem medizinischen Kontext vermitteln Firmenlogos und „Geschenke“ den Eltern den Eindruck, dass die Einrichtungen und die Mitarbeiter(innen) die Verwendung dieser Produkte gut heißen und Stillen und Nichtstillen somit austauschbar seien. Damit wird der Stillerfolg untergraben.

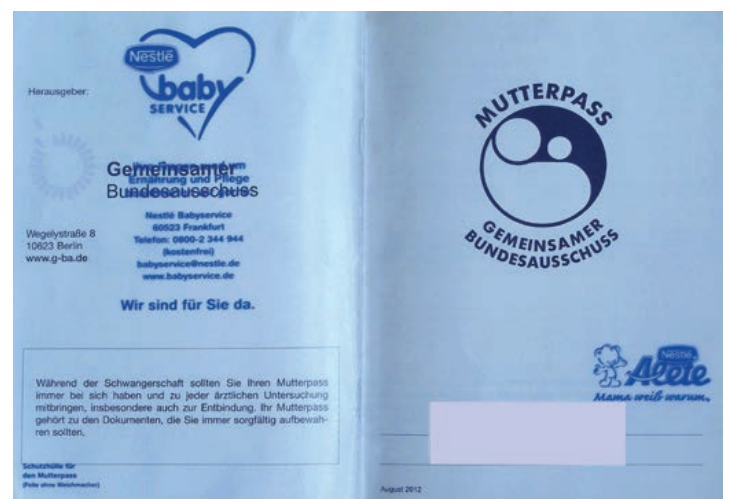
Der andere Weg führt über das Wohlwollen der Mitarbeiter(innen). Freundliche Firmenvertreter(innen) bringen „Geschenke“ für die Mitarbeiter(innen), kostengünstige oder sogar kostenlose Fortbildungen mit guter Verpflegung werden angeboten und gerne mitgenommen. Damit geraten die Mitarbeiter(innen) in eine Dankbarkeitsfalle. In allen menschlichen Gesellschaften ist die sogenannte Reziprozitätsregel tief verwurzelt. Sie besagt, dass wir etwas zurückgeben müssen, wenn wir etwas bekommen haben. Wer sich nicht daran hält und nur nimmt, wird geächtet. Dabei spielt der Wert der Geschenke kaum eine Rolle, ein Kugelschreiber genügt. Zu glauben, man sei dagegen immun und nicht beeinflussbar, hat sich als Illusion herausgestellt. Durch die Annahme von Vorteilen geraten die Mitarbeiter(innen) in einen Interessenkonflikt zwischen ihrem beruflichen Auftrag, das Stillen zu unterstützen, und dem Interesse der „schenkenden“ Industrie am Verkauf ihrer Produkte (vgl. Klemperer 2008).

Der negative Einfluss auf das Stillen ist nicht unmittelbar sichtbar. Künstliche Nahrung wird nicht „verordnet“, sie wird von den Eltern gekauft. Dass die Industrie seit Jahrzehnten für Vermarktung im Gesundheitssystem viel Geld ausgibt, ist ein Hinweis auf den Erfolg der Maßnahmen. „Firmen räumen ein, dass sie die Wirkung ihrer Ausgaben sorgfältig evaluieren und

> Wirksame Stillförderung erfordert Investitionen in babyfreundliche Einrichtungen. <



Fotos: Utta Reich-Schottky



nur diejenigen beibehalten, die die Verwendung ihrer Produkte vergrößern“ (Brennan et al. 2006).

Diese Vermarktungspraxis ist ein Missbrauch des Gesundheitssystems. Sie geschieht auf Kosten der Gesundheit und des Wohlergehens von Müttern und Kindern. „Geschenke“ und gesponserte Fortbildungen für Personal und Produktplatzierung im Kontext des Gesundheitssystems müssen unterbunden werden, um das Stillen wirksam zu schützen. Hier sind der Gesetzgeber, die Krankenhausträger, die Berufsverbände und Kammern und die Krankenkassen gefordert.

Babyfreundliche Geburts- und Kinderkliniken

WHO und UNICEF haben in Zusammenarbeit mit Personen und Gruppen aus dem Gesundheitsbereich 1991 eine Initiative gestartet, um die Babynahrungsindustrie aus dem Gesundheitssystem herauszubekommen und um gleichzeitig geeignete Strukturen und Fachkompetenz für eine bestmögliche Begleitung von Geburt und Wochenbett und Stillen zu erreichen, nämlich die „Initiative Babyfreundliches Krankenhaus“, „Babyfriendly Hospital Initiative – BFHI“. Ursprünglich richtete sich das Programm nur an Geburtskliniken. Inzwischen wurde es als „Babyfreundliche Initiative“ ausgeweitet auf Kinderkliniken und, je nach Gesundheitssystem, auch auf den ambulanten Bereich und auf ganze Gemeinden. In Deutschland ist ein eingetragener Verein Träger der Initiative (www.babyfreundlich.org). Geburtskliniken und Kinderkliniken werden im Auftrag der Initiative durch die Firma ClarCert (www.clarcert.com) zertifiziert.

Entsprechend den Zielen der Initiative gehört zu den Anforderungen für die Zertifizierung das Verbot von Werbung und Sponsoring durch die Hersteller von Säuglingsnahrung und von Zubehör wie Flaschen und Saugern, wie oben dargestellt, zum Schutz des Stillens und der Integrität der Mitarbeiter(innen).

Die fachlichen Anforderungen sind in „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ erfasst. Diese sind evidenzbasiert und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Sie betreffen die Strukturen und Routinen in den Kliniken: Alle schwangeren Frauen, die Kontakt zur Klinik haben, werden zum Stillen informiert. Ungestörter Hautkontakt ab Geburt wird ermöglicht, auch bei Kaiserschnitt. Alle Mütter werden beim Anlegen unterstützt und bei Bedarf darin, die Milchbildung durch Gewinnen von Muttermilch anzuregen. Zufüttern erfolgt nur bei medizinischer Notwendigkeit. Mutter und Kind bleiben zusammen (Rooming-in). Zum Stillen nach Bedarf wird ermutigt. Nicht stillende Mütter werden individuell zur Flaschenernährung und zur bindungsfördernden Fütterung beraten. Alles dies ist nur mit fachlich begründeten Standards und gut fortgebildeten Mitarbeiter(inne)n zu leisten. Darauf beziehen sich die ersten beiden der Zehn Schritte.

Übrigens wird das Gewinnen von Muttermilch von Hand in Babyfreundlichen Kliniken allen Müttern gezeigt. Damit sind diese Kliniken für die Gewinnung von Kolostrum bei diabetischen Müttern gut aufgestellt. Zurzeit (Januar 2015) sind in Deutschland 84 Geburtskliniken und drei Kinderkliniken als Babyfreundlich

zertifiziert. Politische und finanzielle Unterstützung für die Umsetzung der Zehn Schritte wäre eine wirksame Maßnahme zur Stillförderung.

Wirksame Stillförderung

Stillförderung, die wirksam ist, erfordert Investitionen in Babyfreundliche Einrichtungen und in qualifizierte Stillbegleitung und -beratung. Dies ist kosteneffektiv, weil erhöhte Stillbeginn-Raten und längeres Stillen die Folgekosten von Nicht- oder Kurzstillen verringern. Dazu gibt es eine gute Studie aus Großbritannien (Renfrew et al. 2012). Die Zahlen sind prinzipiell auf Deutschland übertragbar: Mütter und Kinder hierzulande unterscheiden sich biologisch nicht von denen in Großbritannien, beides sind ähnlich entwickelte und industrialisierte Länder. Ziel bleibt, dass alle Mütter, die stillen wollen, auch stillen können. Dazu brauchen sie die erforderlichen Strukturen und Unterstützungsangebote.

Alle im Text genannten Links wurden am 31.12.2014 kontrolliert.

Utta Reich-Schottky ist Gesellschafterin und Stillberaterin DAIS – Deutsches Ausbildungsinstitut für Stillbegleitung gUG (haftungsbeschränkt) sowie Gutachterin BFHI in Bremen.

LITERATUR

- AWMF-Leitlinie Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter (2010): www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-006_S2k_IDA_Betreuung_von_Neugeborenen_diabetischer_Muetter_05-2010_05-2015_01.pdf.
- Brennan, T. A., Rothman, D. J., Blank, L. et al. (2006): *Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers.* JAMA 295(4), S. 429-433.
- Crume, T. L., Ogden, L., Maligie, M., Sheffield, S., Bischoff, K. J., McDuffie, R., Daniels, S., Hamman, R. F., Norris, J. M., Dabelea, D. (2011): *Long-term impact of neonatal breastfeeding on childhood adiposity and fat distribution among children exposed to diabetes in utero.* Diabetes Care 34(3), S. 641-5.
- Klemperer, D. (2008): *Interessenkonflikte: Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen.* Dt. Ärzteblatt., 105(40): A-2098 / B-1797 / C-1757, www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=61694
- Li, R., Fein, S., Grummer-Strawn, L. (2010): *Do Infants Fed From Bottles Lack Self-regulation of Milk Intake Compared With Directly Breastfed Infants?* Pediatrics 125:e1386-e1393.
- Renfrew, M. J., Pokhrel, S., Quigley, M., McCormick, F., Fox-Rushby, J., Dodds, R., Duffy, S., Trueman, P., Williams, A. (2012): *Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK.* UNICEF UK. http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources.pdf?epslanguage=en, deutsche Zusammenfassung http://www.reich-schottky.de/pdf_stillen/2012_UK_bf_resources_URS.pdf.
- Stuebe, A., Mantzoros, C., Kleinman, K., Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Gunderson, E., Rich-Edwards, J. (2011): *Duration of Lactation and Maternal Adipokines at 3 Years Postpartum.* Diabetes; 60:1277-1285.
- UNICEF (2010): *Facts for Life 2010*, www.unicef.org/publications/index_53254.html. *sches_Handeln_von_Eltern_FHNW-HSA_2011.pdf* (Abruf am 30.11.2014).