



18.02.2026

Transkript

„Empfehlung zur Stilldauer: erste AWMF-S3-Leitlinie“

Expertinnen und Experten auf dem Podium

- ▶ **Dr. Melissa Theurich**
Postdoctoral Research Scholar in der Abteilung Neonatologie, Dr. v. Haunersches Kinderspital Perinatalzentrum, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)
- ▶ **Prof. Dr. Michael Abou-Dakn**
Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof und Autor der Leitlinie
- ▶ **Prof. Dr. Regina Ensenaer**
Kinderernährungsmedizinerin und Professorin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und Autorin der Leitlinie
- ▶ **Prof. Dr. Susanne Grylka**
Professorin für Hebammenwissenschaft am Departement Gesundheit, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Schweiz und Autorin der Leitlinie
- ▶ **Annegret Burkert**
Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften, Science Media Center Germany und Moderatorin dieser Veranstaltung

Mitschnitt

- ▶ Einen Audio- und Videomitschnitt finden Sie unter:
<https://sciencemediacenter.de/angebote/empfehlung-zur-stilldauer-erste-awmf-s3-leitlinie-26015>



Transkript

Moderatorin [00:00:00]

Willkommen bei dem Press Briefing heute vom Science Media Center. Mein Name ist Annegret Burkert und ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften. Heute soll es um die S3-Leitlinie zur Stilldauer und Intervention zur Stillförderung gehen. Und diese Leitlinie ist die erste S3-Leitlinie zu diesem Thema und eine S3-Leitlinie ist die höchste Stufe der evidenzbasierten medizinischen Leitlinien in Deutschland. Sie wird diesen Freitag, am zwanzigsten Februar um zwölf Uhr erscheinen. Bis dahin steht sie unter Embargo und damit steht auch dieses Press Briefing heute hier und alles, was hier gesagt wurde, bis Freitag zwölf Uhr unter Embargo. Sie haben ja die Leitlinie alle von uns erhalten und Sie haben jetzt in diesem Press Briefing die Möglichkeit, Ihre Fragen dazu zu stellen. Das können Sie machen über das Frage-und-Antwort-Tool, das Sie unten hier im Fenster finden. Und, wenn Sie dort eine Frage einer Kollegin oder eines Kollegen sehen, die Sie besonders gut finden oder denken: „Ja, die hätte ich auch gerne gestellt“, dann können Sie über die Daumenfunktion die Frage hochvoten und dann kriegen wir das hier mit und können diese dann bevorzugt stellen. Jetzt möchte ich die Expert:innen vorstellen, die heute hier sind. Wir haben drei Autor:innen der Leitlinie vor Ort. Das ist zum einen die Professor Dr. Regina Ensenaer. Sie ist Kinderärztin und Professorin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf [an dieser Stelle wurde im Press Briefing eine falsche Affiliation genannt] und sie ist Vorsitzende der Nationalen Stillkommission, und halt Autorin der Leitlinie. Genauso Autorin ist Professor Dr. Susanne Grylka. Sie ist Professorin für Hebammenwissenschaften an der Züricher Hochschule für angewandte Wissenschaften in der Schweiz. Und als dritten Autor im Bunde begrüße ich Michael Abou-Dakn. Er ist Facharzt für Geburtshilfe und Frauenheilkunde am Sankt Josef Krankenhaus in Berlin Tempelhof. Und als vierte Expertin begrüße ich Dr. Melissa Theurich. Sie arbeitet an der Ludwig Maximilians Universität in München und ist eine ehemalige Beraterin für die WHO und UNICEF im Bereich Gesundheit und Ernährung von Müttern und Kindern. Herzlich willkommen in die Expert:innenrunde und vielen Dank, dass Sie da sind. Und starten darf das Autor:innenteam hier und die Leitlinie vorstellen. Frau Ensenaer, ich gebe Ihnen das Wort.

Regina Ensenaer [00:02:31]

Ja, ganz herzlichen Dank und ganz herzlichen Dank in die Runde für das zahlreiche Kommen und Erscheinen heute. Wir möchten Sie auch ganz herzlich begrüßen und wir freuen uns, mit Ihnen heute zu Punkten, die sie haben, zu diskutieren und Ihre Fragen zu erörtern. Mit dieser Leitlinie, die wir heute vorstellen, liegt erstmals in Deutschland eine systematisch entwickelte evidenzbasierte sogenannte S3-Empfehlung zur Stilldauer vor. Und das ist ein großer neuer qualitativ wertvoller Schritt nach vorn. Denn die bisherigen Empfehlungen waren fachliche Einschätzungen, während die jetzige Leitlinie auf systematisch erhobener Literatur beruht, einer strukturierten Bewertung der einbezogenen Literatur und auch ein formales, großes und definiertes Konsensverfahren zugrunde legt. Und das auf der Basis einer breiten Anzahl an Fachgesellschaften und Organisationen. Und gerade diese große Bandbreite dieser Fachgesellschaften und Organisationen, die teilgenommen hat, macht diesen erzielten Konsens eben gerade so außerordentlich wertvoll. Das heißt, Deutschland verfügt nun über eine wissenschaftlich fundierte, transparent entwickelte und breit getragene Orientierung zur Stilldauer. Das heißt, sechs Monate voll stillen, insgesamt mindestens zwölf Monate gesamt stillen. Ich gebe weiter an meine Kollegin, Frau Grylka.

Susanne Grylka [00:04:11]

Ja, das ist gut. Herzlichen Dank und auch von meiner Seite her, ich freue mich sehr, dass diese Leitlinie nun veröffentlicht wird. Und wichtig zu wissen ist, dass diese Empfehlungen nicht alleine



dastehen. Sie beruhen auf dreißig gut recherchierte Outcomes oder Endpunkte, die die Gesundheit von Müttern und ihren Kinder betreffen. Das heißt, die Empfehlungen beruhen nicht nur auf Einzelstudien, sondern sie sind eigentlich ein Gesamtwerk von einer riesigen Arbeit an Recherche und Evidenzbeurteilung.

Michael Abou-Dakn [00:04:48]

Ja, ich darf auch herzlich grüßen und freue mich sehr, dass so viele von Ihnen dabei sind. Wir sind ganz begeistert, wegen des großen Interesses an unserer Leitlinie. Michael Abou-Dakn ist mein Name. Ich bin der Repräsentant der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und würde jetzt erklären, warum eine Kinderärztin und Hebamme und ein Frauenarzt diese Leitlinie jetzt koordiniert haben. Die Frauenärzte sind natürlich sehr interessiert daran, dass das, was wir in der Schwangerschaft mit den Frauen besprechen, was wir in der Wochenbettsituation besprechen hinsichtlich der kindlichen Gesundheit zu eruieren und uns anzuschauen, aber auch an der Frauengesundheit natürlich. Und wir werden im Lauf des Tages heute sicherlich dazu kommen, darüber zu sprechen, welche Effekte wir uns bei der Mutter angeschaut haben. Das sind nämlich auch neuen Ausgangspunkte, die wir bewertet haben und die uns sehr schön gezeigt haben, welchen Effekt das Stillen hat.

Moderatorin [00:05:42]

Ja, vielen Dank für dieses Eingangsstatement. Frau Theurich, ich möchte Sie fragen, Sie waren jetzt nicht an der Erstellung der Leitlinie beteiligt, kennen sich aber sehr gut mit bestehenden internationalen Guidelines auch aus. Wie ordnen Sie die neue Leitlinie ein?

Melissa Theurich [00:06:00]

Ja, als Erstes möchte ich auf jeden Fall die Leitlinien-Entwicklungsgruppe herzlich gratulieren zu der erfolgreichen Veröffentlichung dieser neuen Leitlinie. Es ist auf jeden Fall ein sehr wichtiger Meilenstein für die evidenzbasierte Still- und Ernährungsempfehlung in Deutschland. Und ich freue mich, heute als externe Expertin, die nicht an der Entwicklung der Leitlinie beteiligt war, eine unabhängige Einschätzung der Leitlinie vorzustellen. In Bezug auf die Frage, wie die Leitlinie im internationalen Vergleich abschneidet: die nationale Empfehlung zur Beikosteneinführung sind erstmal innerhalb Europa sehr uneinheitlich. In einigen Ländern, zum Beispiel in Österreich oder in Schweden, existieren Empfehlungen, die die Einführung von Beikost ab dem vollendeten vierten Lebensmonate vorsehen, so wie das auch bis jetzt in Deutschland war. Und demgegenüber empfehlen andere Ländern innerhalb Europa, zum Beispiel Italien oder Norwegen ausschließliches Stillen für sechs Monate. Wenn wir aber außerhalb Europa gucken, zum Beispiel nach Australien: ausschließliches Stillen ist etwa bis zum sechsten Monat, sowie Weiterstillen bis zum zwölften Monate und darüber hinaus empfohlen, solange Mutter und Kind sich das wünschen. Auch die American Academy of Pediatrics aus den Vereinigten Staaten empfiehlt ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonate, bis zu zwei Jahre oder darüber hinaus. Und diese Empfehlung entspricht der aktuellen Global-Empfehlung der WHO von 2023, in der die neuen globale Leitlinien zur Beikosteneinführung von der WHO aufgeführt ist. Und die WHO hat für diese Leitlinie auch mehrere systematische Reviews beauftragt, die als Grundlage für diese Leitlinie dienten. Wichtig ist zu betonen, dass die Evidenz zur optimalen Stilldauer – ich glaube, wir kommen noch dazu – aber die Evidenz zur Stilldauer, sowohl das ausschließliche Stillen als auch das weitere Stillen, ist insgesamt mit niedriger Gewissheit von der WHO eingestuft worden. Und ich würde sagen, insgesamt steht Deutschland im internationalen Vergleich ziemlich im Mittelfeld.



Moderatorin [00:08:57]

Ich würde da gern einmal nachfragen zu diesem Thema „sechs Monate ausschließliches Stillen“. Also das hat sich jetzt ja geändert im Vergleich zu der vorangegangenen Empfehlung. Worauf beruht diese Änderung vor allem? Also ist das jetzt einfach noch mal die Sichtung der bestehenden Evidenz oder wie genau begründet sich das? Gerne ans Autorenteam, Frau Ensenaue.

Regina Ensenaue [00:09:21]

Ja, ich kann da gerne Bezug nehmen. Wir haben die Frage gestellt – weil sie an uns herangetragen wurde –, warum Deutschland sich in den Handlungsempfehlungen, die es hatte, von den WHO-Empfehlungen unterscheidet? Das war die Ausgangslage. So wurden wir gefragt. Und dann haben sich eben die sechszwanzig Fachgesellschaften überlegt, dass genau diese Frage wissenschaftlich recherchiert werden sollte, weil wir sie nämlich nicht einfach beantworten konnten. Und das ist vor einigen Jahren die Ausgangslage gewesen für dieses große wissenschaftliche Projekt und Untersuchungen, die wir getätigt haben. Dementsprechend wurde der Vergleich sechs Monate ausschließliches Stillen gegen kürzer untersucht. Das ist die erste sogenannte PECO-Frage, die Sie auch in den Dokumenten vorfinden.

Moderatorin [00:10:22]

Ja, Herr Abou-Dakn?

Michael Abou-Dakn [00:10:23]

Ich darf das vielleicht noch kurz ergänzen. Frau Theurich hat ja sehr schön die WHO und die weltweiten Konzepte, die ja schon seit 2001 in dieser Struktur stehen und auf damalige alte Studien basieren, erwähnt. Europa hat allerdings auch zweimalig einen Aktionsplan ausgerufen, für den alle europäischen Länder zugestimmt hatten, dass man eben eine entsprechende Stillzeit fördern sollte, auch letztendlich wegen der gesundheitlichen Aspekte. Die Handlungsempfehlungen in Deutschland waren ja eben Handlungsempfehlungen von verschiedenen Fachgruppen. Das Witzige ist, dass da ich auch immer vorneweg stehe, weil mein Name eben mit A beginnt und dementsprechend ich plötzlich Erstautor bin. Diese Handlungsempfehlungen beruhten in Deutschland auf verschiedensten Strukturen, die entstanden sind. Und diese Diskrepanz, die ist uns halt angezeigt worden und in der Nationalen Stillkommission letztendlich mehrfach diskutiert worden. Sie wissen auch – Frau Theurich hat das sicherlich schon erwähnt –, dass wir in Deutschland sogar eine nationale Stillstrategie haben, weil eben der Wert für die Gesundheit entsprechend eingeschätzt wurde. Und auch in diesem Rahmen sind wir aufgefordert worden, letztendlich mit einer Evidenz zu arbeiten und nicht einfach auf relativ einfachem Niveau entsprechende Verlautbarungen zu geben, sondern eben tatsächlich so eine aufwendige S3-Leitlinie zu entwickeln.

Moderatorin [00:11:48]

Ich möchte hier an der Stelle jetzt mal die erste Journalist:innenfrage reinbringen. Die Kollegin fragt: Was sind denn die wichtigsten gesundheitlichen Nachteile, die Sie bei Kindern sehen, die nicht gestillt werden beziehungsweise nur wenige Monate gestillt werden? Bevor Sie antworten, einmal noch der Hinweis an die Journalistinnen da draußen: Gerne werfen Sie uns Ihre Fragen rein. Jetzt ist die Zeit dafür. Aber gerne nun die Antwort zu der Frage: Wer möchte was dazu sagen? Vielleicht Frau Grylka.



Susanne Grylka [00:12:22]

Ja, es wurde eine Vielfalt an Endpunkte analysiert und die kindlichen Endpunkte, die waren deutlich mehr als die Endpunkte für die Frauen. Und da gab es ganz verschiedene Punkte. Ich kann jetzt nicht alle auswendig aufzählen, aber das geht von Otitis Media zu den Infektionskrankheiten auch zu Adipositas.

Moderatorin [00:12:44]

Otitis Media, können Sie das ganz kurz umgangssprachlich sagen?

Susanne Grylka [00:12:47]

Das ist Mittelohrentzündung. Bei den Allergien ist es ein bisschen schwieriger. Da gibt es gewisse Punkte, bei denen sicher ist, dass es Vorteile bringt und andere, bei denen die Evidenz nicht nachgewiesen werden kann. Was man sicher deutlich sagen kann: Es gibt sehr wenige Nachteile des Stillens, sondern es ist mehrheitlich alles sehr positiv. Und ich glaube, Regina Ensenaauer möchte es als Kinderärztin gerne noch ergänzen.

Regina Ensenaauer [00:13:18]

Ja, vielen Dank, Susanne. Du hast die wichtigsten Punkte schon genannt. Man kann es jetzt nicht so formulieren: Kürzer gestillt versus sechs Monate gestillt bedeutet einen realen Nachteil. Was wir hier analysiert haben sind Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Gesundheitsoutcomes, wenn man länger oder kürzer stillt – ich nehme jetzt die erste PECO-Frage vom ersten halben Jahr aus. Aber natürlich ist zu beachten, dass nach dem Stillen die Beikost-Einführung kommt, es kommt die Familienkost, es kommen weitere Faktoren, die auch mit dem Verhalten der Familie gegenüber dem Kind zu tun haben, die dieses Outcomes – sei es jetzt Adipositas, Übergewicht oder Asthma oder anderes – mit beeinflussen. Also ich will erwähnen, dass das Stillen die Grundlage setzt, auf die weitere Faktoren dann auftreffen, aber nicht der einzige Faktor ist, der dann ein späteres Outcome bestimmen kann. Das ist vielleicht der Punkt. Und wir haben unterschiedliche Effekte gesehen in diesen wissenschaftlichen Studien, die wir uns sehr genau angeschaut haben. Wir haben zum Beispiel einen günstigen Effekt gesehen eines längeren Stillens im ersten halben Jahr auf Asthma, auf die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Asthma beim Kind, während wir keinen oder unklare Ergebnisse hatten, also kein eindeutiges Ergebnis aus den Studien gesehen haben, zwischen Stillen im ersten halben Jahr und Adipositas als Beispiel.

Michael Abou-Dakn [00:15:06]

Darf ich das auch noch ergänzen? Ich möchte mich nämlich sehr bei der Journalistin für ihre Frage bedanken. Die Frage beinhaltet nämlich eigentlich des Pudels Kern. Wir weisen in unseren Stillstatistiken immer nach, welche Vorteile es hat zu stillen. Aber eigentlich müsste die Frage tatsächlich sein: Welche Nachteile hat es eigentlich, das Kind nicht natürlich zu ernähren? Welche Effekte macht das, wenn eben tatsächlich frühzeitig Formula-Nahrung und so weiter eingeführt wird? Wir haben in dieser Studie, die wir jetzt gemacht haben, uns ja nicht um den primären Effekt gekümmert, also stillen versus nicht stillen. Weil da sind wir uns, glaube ich, alle sehr einig und da ist weltweit auch gar keine Frage, dass das natürlich in jeglichen Ländern große Vorteile hat. Aber sich mal aus der ursprünglichen Situation umzudrehen, als man sich wieder um das Stillen gekümmert hat, als es die Renaissance gab, wieder zu verstehen, dass das Stillen was Besonderes ist und die Frage zu stellen: „Welchen Nachteil macht es eigentlich, nicht zu stillen?“ Die Frage fand ich toll. Wir kämpfen schon längere Zeit darum, das auch in Lehrbüchern anders darzustellen.



Das ist, wie Frau Ensenaer gesagt hat, allerdings tatsächlich wissenschaftlich dann schwierig, wenn Studien mit einer gewissen Fragestellung erstellt werden, kann man am Schluss nicht die Ergebnisse einfach drehen und sagen, welche Nachteile hat das Ganze? Aber eigentlich ist das eine super Frage, weil das genau auf das Pudels Kern hinweist, welchen Wert eigentlich das Stillen hat. Danke für die Frage.

Moderatorin [00:16:28]

Da kommt auch direkt die nächste im Anschluss. Der Kollege fragt: „Das Kind soll mindestens zwölf Monate gestillt werden. Warum gibt es keine evidenzbasierte Empfehlung für 24 Monate und was spräche dafür?“ Frau Ensenaer.

Regina Ensenaer [00:16:46]

Wir haben die Frage nicht gestellt. Das ist eigentlich eine einfache Antwort und es ist eine sehr gute Frage von Ihnen. Wenn wir sagen, wir lehnen uns an die WHO-Empfehlung, dann wäre es logisch gewesen, zu sagen, 24 Monate und kürzer. Wir haben uns aber auf der Ausgangsbasis, in der wir uns in Deutschland befinden, nämlich gar keine Empfehlung für die Gesamtstilldauer gehabt zu haben, zunächst mal auf die zwölf Monate fokussiert. Auch weil dafür ein beträchtliches Maß an Literatur verfügbar war: „Welchen Effekt hat es auf die gesundheitlichen Outcomes, wenn man länger oder kürzer stillt als zwölf Monate?“ Das heißt, wir haben die Frage so gestellt. Das heißt, wir können nicht sagen oder nicht die Frage in Bezug auf 24 Monate beantworten. Aber wir haben eindeutig gesehen, dass eine Gesamtstilldauer von zwölf oder mehr Monaten günstige Effekte hat und hier sogar auch auf die Population der Mütter.

Moderatorin [00:18:05]

Frau Grylka.

Susanne Grylka [00:18:07]

Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt von dem, was Frau Ensenaer gesagt hat, ist die Verfügbarkeit auch der Studien. Studien bis vierundzwanzig Monate hätte man vermutlich einfach auch zu wenig gefunden, um daraus eine verlässliche Empfehlung ableiten zu können. Und daher war das so eine Art Kompromiss, aber sicher auch ein sehr sinnvoller Kompromiss, der wahrscheinlich auch der Lebenslage der Familien in den mitteleuropäischen Ländern entspricht.

Moderatorin [00:18:39]

Die nächste Frage würde ich gerne an Frau Theurich richten. Und zwar lautet sie wie folgt: Alle Outcomes in der Leitlinie sind mit niedriger oder sehr niedriger Evidenz bewertet. Das kann für Laien verwirrend wirken, weil es so klingt, als stehe die Leitlinie auf wackeligen Beinen. Wie ordnen Sie das ein?

Melissa Theurich [00:19:00]

Danke für die Frage. Es ist auch eine sehr gute Frage. Nein, die Leitlinien steht nicht auf wackeligen Beinen, da experimentelle Studien im Bereich aus ethischen Gründen häufig kaum möglich sind. Und deswegen basiert die Evidenz allgemein überwiegend auf Beobachtungsstudien und diese liefern wichtige, aber ja, nur begrenzt kausal interpretierbare Ergebnisse. Und das ist eine



allgemeine, sagen wir mal, so eine strukturelle Herausforderung für alle Leitlinien zum Thema Stillen. Und sie kriegen laut Grad automatisch die Abstufung, wenn es Beobachtungsstudien sind. Und es ist schlußendlich so, dass wir die Kinder nicht randomisieren können – zu sagen, sie stillen, sie stillen nicht. Das wäre nicht ethisch und deswegen scheint es so. Ich gebe weiter an Regina.

Regina Ensenaer [00:20:02]

Danke an Frau Theurich für eigentlich die wichtigsten Punkte und für die wichtige Frage, denn die steht ja im Raum. Ich möchte es einfach nur noch mal betonen. Genau das, was Melissa Theurich gerade sagte. In dem Bewertungssystem, das wir herangezogen haben – das man auch generell heranzieht, um die Studien einordnen zu können – fängt der Evidenzgrad mit Beobachtungsstudien bei niedrig an. Also das Wording für die Beobachtungsstudien ist niedrig, einfach weil sie nicht alles abdecken können. Und wenn eine Beobachtungsstudie eben nicht alle Faktoren, die man einbeziehen sollte, gemacht hat, dann wurde sie als sehr niedrig bezeichnet. Das heißt, es gibt gar nicht gut oder noch was, sondern es fängt bei niedrig an und wird dann eher nach unten abgestuft. Und es wurde sehr kritisch bewertet, auch extern, nicht nur von der Leitliniengruppe. Das möchte ich auch noch mal betonen. Das heißt, wir haben dieses Ergebnis auf mehreren Ebenen durch eine externe Literaturrecherche und eben Bewertung abgesichert. Und ich möchte noch mal sagen – das ist eigentlich das Innovative hier –, dass wir, um das Ganze auch breiter abzusichern, so viele Outcomes herangezogen haben, um eine Ableitung der Public-Health-Empfehlung zu ermöglichen. Das heißt, es ist nicht nur ein Einzel-Outcome, wie man früher zum Beispiel nur in Richtung Allergie im der Pädiatrie gedacht hat, sondern wir haben das auf zunehmend in der Literatur auftauchende weitere Evidenzlagen und Outcomes basiert.

Moderatorin [00:21:52]

Frau Grylka, habe ich da, ein Handzeichen gesehen?.

Susanne Grylka [00:21:53]

Was ich noch sagen wollte, ist, dass die, die Qualität dieser Beobachtungsstudie auch zum großen Teil sehr hoch war und dass wir sehr viele systematische Reviews eingeschlossen haben, die dann wieder die Daten von mehreren Studien zusammentragen. Systematische Reviews mit Metaanalysen werden vom Evidenzgrad her sehr beachtet, weil sie eben nicht eine Einzelstudie einbeziehen, sondern schon eine gewisse Zusammenfassung der Evidenz liefern. Die Studie wurden dann auch mit Einzelstudien, die neuer waren, kombiniert.

Moderatorin [00:22:31]

Entschuldigung. Das hat kurz gehakt. Deswegen dachte ich, Sie wären fertig. Entschuldigen Sie.

Regina Ensenaer [00:22:36]

Frau Grylka hat schon das Wichtigste gesagt. Ich wollte es noch mal betonen. Wir haben also ganz bewusst einen systematischen Review of Reviews gemacht. Das heißt tatsächlich Review of Reviews. Das heißt, wir haben nur Studien im ersten Schritt eingeschlossen, die eine zusammenfassende Bewertung von vielen Studien beinhaltet haben. Es sind also nicht kleine Einzelstudien mit kleinen Fallzahlen oder Einzelfallberichte eingeflossen, sondern die größte Datenlage, die stärkste Datenlage, die man finden konnte. Die hat man gesucht und gefunden und



press briefing

herangezogen. Und so sind wir auch auf diese dreißig Outcomes, also einundzwanzig für Kinder und neun für Mütter, gekommen.

Moderatorin [00:23:24]

Ich möchte noch mal einmal zu der ersten Empfehlung kommen. Eine Journalistin fragt: Warum genau sechs Monate? Ist das eine harte biologische Grenze, bei der man positive Effekte nachweisen kann? Oder wodurch definiert sich das? Frau Theurich, können Sie dazu was sagen? Wo kommen diese sechs Monate her?

Michael Abou-Dakn [00:23:50]

Ich glaube, das müssten eigentlich die Kinderärztinnen am ehesten beantworten, weil tatsächlich die sechs Monate schon eine sehr, sehr lange Zeit ist, in der die Beikosteinführung letztendlich dann wesentlich wird, aber eben nicht das Abstillen in der Form, sondern eben unter dem Weiterstillen Beikosteinführung stattfindet. Mir wurde primär genannt, dass zum Beispiel die Eisensubstitution wichtig ist und eben die Einführung von bestimmten Eiweißen, das in der Zeit dann für die meisten Kinder wichtig wird – das gilt auch nicht für alle Kinder. Manche Kinder wollen ja gar nicht, tatsächlich zu dem Zeitpunkt schon nicht mehr gestillt werden oder ausschließlich gestillt werden. Zu dieser Zeit nimmt auch das Interesse der Kinder am Essen zu. Selbst in der sehr starken Still-Liga ist das deutlich anerkannt, dass in diesem Zeitraum die Kinder eben sich selbst quasi engagieren und Interesse an der Familienkost zeigen und fangen dann eben mit der Beikost an. Aber eigentlich wäre das, glaube ich, ein Thema, was Regina beantworten müsste.

Regina Ensenaue [00:24:48]

Also ich finde, dass das Frauenärzte gerade schon sehr gut beantwortet haben.

Michael Abou-Dakn [00:24:58]

Bin ja schon mal als Ehrenkinderarzt genannt worden von Herrn Lauterbach.

Regina Ensenaue [00:25:02]

Also alles gut.

Moderatorin [00:25:05]

Ich möchte zum nächsten Thema kommen. Kann so eine Leitlinie auch den Druck bei Frauen erhöhen, die die Empfehlung nicht umsetzen können? Also kommen dann zum Beispiel psychische Probleme im Wochenbett häufiger vor? Oder könnte das dadurch vielleicht verschärft werden, wenn jetzt gesagt wird, man sollte sechs Monate ausschließlich stillen?

Michael Abou-Dakn [00:25:27]

Darf ich, obwohl ich jetzt grad geredet habe, vielleicht anfangen, zu antworten? Wir haben ja tatsächlich auch in den Wochenbettsituationen sehr häufig die Situation, dass wir Frauen motivieren müssen und so weiter. Also grundsätzlich noch mal: Leitlinien sind letztendlich



Leitplanken, die das Handlungsspektrum darstellen sollen. Und dieses Handlungsspektrum, das dort dargestellt wird, soll uns nützen, um in die Beratungssituation richtig zu gehen. Das heißt, eine Frau wird ja von uns – jetzt egal von welcher Berufsgruppe, und das ist ja auch so wunderbar, dass all die Berufsgruppen, die um die Frau kreisen, jetzt zusammensitzen – eine Empfehlung erhalten. Wie sieht das dann aus? Was empfehlen die Frauenärzte, Hebammen, vielleicht schon am Anfang der Schwangerschaft oder sogar vielleicht vor der Schwangerschaft, in den Schulen und so weiter? Und diese Leitlinien sollen dazu beitragen, dass Leute, die sich nicht permanent mit dem Thema beschäftigen, letztendlich eine Evidenz und eine Zusammensetzung erhalten, die sie nutzen können, um sozusagen mit einer eigenen Haltung gegebenenfalls an die Frau ranzugehen. Es gibt in einer Leitlinie nichts Verpflichtendes – im Gegensatz zum Beispiel zu den Mutterschaftsrichtlinien, die ja tatsächlich per Gesetz bestimmte Dinge vorsehen. Die Frau hat immer die Wahl, letztendlich frei zu entscheiden, wofür sie sich entscheiden möchte. Aber die Beratungssituation, die sollte, wenn irgendwie möglich – egal jetzt, in welche Leitlinie man schaut –, eben auf der Basis bestehendes aktuellen Wissens geschehen. Das ist das Komprimierte, was man in diesen Arbeiten findet und hilft uns letztendlich, klarer zu sein, wie doch die Empfehlungen aussehen sollten. Damit gilt es erstens nicht für jede Frau. Es gibt auch durchaus Situationen, in denen man das eben anders empfehlen würde. Gerade die PECO-Frage eins, die ja ein „sollte“ beinhaltet, heißt eben auch, man muss individuell schauen, was man da empfiehlt. Und das gilt natürlich in keiner Weise verpflichtend. Also der moralische Druck dahinter steht überhaupt nicht, aber der wird tatsächlich seit Anfang an, seitdem es darum geht, dass Stillen wieder zur fördern, immer genannt, dass man eventuell die Frauen bedrängt. Es steht mir als Mann nie zu, eine Frau in irgendeiner Form zu bedrängen und ich würde als Arzt auch nie den Willen der Frau rausnehmen. Man muss einfach fragen, warum sie das denkt und eventuell Fehler korrigieren und Missverständnisse ausräumen. Und dann soll sich die Frau frei entscheiden, wie sie ihr Kind ernähren möchte.

Moderatorin [00:27:55]

Frau Grylka, Sie hatten noch die Hand gehoben.

Susanne Grylka [00:27:57]

Ja, genau. Also mir scheint die Leitlinie wichtig, damit Familien entscheiden können. Damit sie eine evidenzbasierte Grundlage haben. Und ich glaub, diese Leitlinie, die bietet diese Grundlage. Und dann gibt es natürlich Frauen, die Mühe mit Stillen haben und dort kommt ja dann schlussendlich die Betreuung und Unterstützung. Und da sehe ich jetzt zum Beispiel auch meinen Beruf – Hebammen und auch Stillberaterinnen – sehr in der Pflicht, diese Unterstützung zu bieten. Und der zweite Teil der Leitlinie wird ja auch diesen Teil behandeln und untersuchen: Welche Unterstützungsmaßnahmen sind wirklich auch nützlich? Damit auch dieser Teil dann, sag ich jetzt mal, evidenzbasiert geschehen und man beurteilen kann, welche Maßnahmen dann wirklich auch wirkungsvoll sind. Also ich glaub, für diese Frage sollte man sich auf die Unterstützung konzentrieren und nicht auf den Druck. Das wäre ein sehr wichtiges Votum.

Moderatorin [00:28:54]

Ja, Frau Ensenaue, dann Frau Theurich.

Regina Ensenaue [00:28:57]

Ja, ich möchte auch noch mal betonen, dass wir ja wissen, dass neunzig Prozent der Frauen stillen möchten. Das ist, glaube ich, eine wichtige Zahl, die wir nicht aus den Augen verlieren dürfen. Und



das ist auch das, was wir alle wahrnehmen, denke ich, die hier sind. Trotzdem gibt's dann Probleme und Schwierigkeiten und da haben wir, das sehen wir schon lange, eine Situation, in der wir helfen müssen. Und wie Susanne Grylka sagte, wollen wir das im zweiten Teil der Leitlinie herausarbeiten – sowohl für die Stillinitiierung, die ja schon in der Klinik beginnt, aber auch dann im ambulanten Setting. Wer kann helfen? Wie kann man helfen? Das sind Fragen, die für uns ganz zentral sind. Das heißt, der erste Teil der Dauer ist die Basis für das, was wir eigentlich wollen. Wir wollen wissen, wie wir beraten können, denn wir wollen den Wunsch der Frauen entsprechen, die zu neunzig Prozent in Deutschland sagen, sie möchten stillen.

Moderatorin [00:30:01]

Ja, Frau Theurich, sie wollten jetzt direkt noch was sagen, aber vielleicht darf ich Ihnen gleich auch noch eine Frage mit auf den Weg geben: Wie beurteilen Sie denn die aktuell bestehenden Unterstützungsmaßnahmen für Frauen, die Probleme haben?

Melissa Theurich [00:30:17]

Vielen Dank. Ich wollte nur das bereits gesagt ergänzen. Die zwei Empfehlungen in der Leitlinie sind Public Health Empfehlungen. Sie basieren auf Populationsebene. Die sind nicht individuelle Empfehlungen, aber das nutzt die beratende Fachkraft, Arzt, Hebamme und so weiter, um die Mutter und Kinder dann individuell so beraten. Ich wollte auch noch mal klären, dass diese Leitlinie auf gesunde Kinder basiert, auch reif geborene Kinder. Es gibt natürlich Kinder, die früh geboren oder mit besonderer gesundheitlicher Herausforderungen geboren sind – auch von mütterlicher Seite. Diese Leitlinie spricht diese Thematik nicht an. Die sind natürlich besondere Herausforderungen, die die Unterstützung von qualifizierten Fachkräften benötigt. Und deswegen wollte ich nur die zwei Sachen noch mal klar darstellen. Zu meiner Einschätzung, wie die aktuelle Unterstützung in Deutschland ist: Wir haben nicht genug babyfreundliche Krankenhäuser. Ich glaube, das ist, woran gedreht werden muss. Ich wollte hier eigentlich bei der Thematik der Leitlinien bleiben, aber ich glaube, wir können nach der Fertigstellung von PICO drei und PICO vier basierend auf der Evidenz qualifizierte Aussagen geben: Wo sind die Brennpunkte? Wo können wir am besten die Frauen gut unterstützen? Es gibt in Deutschland auf jeden Fall Bedarf, wie wir besser stillende Frauen unterstützen können. Aber im Rahmen dieses Press Briefings möchte ich einfach bei der Empfehlungen bleiben.

Moderatorin [00:32:10]

Ja.

Michael Abou-Dakn [00:32:11]

Ich bin ganz dabei, weil das wird das nächste Mal das spannende Thema werden, wenn wir wieder jetzt zusammenkommen und das darstellen können. Aber vielleicht ein letztes Wort zu dieser Fragestellung, wie das in Deutschland aussieht. Wir werden weltweit sehr dafür beneidet, dass wir tatsächlich die Politik dafür bekommen haben, diese nationale Stillstrategie zu annonciieren und mit entsprechenden Maßnahmen zu unterstützen. Damit ist seitens der Politik schon klargeworden, dass man tatsächlich in diesem wesentlichen Gesundheitspunkt Prävention betreiben möchte. Und die Leitlinie soll ja nun ein Teil davon sein, genau das zu machen, was die Politik an uns richtet: Nämlich alle Kräfte zu bündeln, die großen gesundheitlichen Vorteile zu erkennen und dadurch auch den Bedarf zu wecken, mehr Frauen in die Situationen zu bringen, das zu schaffen. Bei der Gesetzgebung und so weiter, da steht Deutschland gar nicht so schlecht da. Und diese Nationale Stillstrategie, das ist ein Riesenfund, das wir haben.



Moderatorin [00:33:06]

Ich muss mal ein bisschen auf die Tube drücken. Eine ganz schnelle Nachfrage, Frau Ensenaue. Neunzig Prozent der Frauen wollen stillen. Woher kommt diese Zahl?

Regina Ensenaue [00:33:15]

Das wollte ich gerade aufgreifen, weil ich's auch gesehen hatte. Das bezog sich auf das, was ich vorher gesagt habe. Das ist von KIGGS-Welle zwei des Robert-Koch-Instituts gekommen. Das ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey Welle zwei. Daher kommt die Zahl. Ich möchte auch noch mal betonen, dass die Empfehlungen der Leitlinie wirklich sehr individuell verwendet werden müssen.

Moderatorin [00:33:39]

Dann die nächste Frage einer Journalistin: Könnten Sie bitte genauer erklären, welche positiven gesundheitlichen Effekte Sie für die Mutter durch das Stillen sehen, speziell bei einer Stilldauer von sechs beziehungsweise zwölf Monaten?

Michael Abou-Dakn [00:33:55]

Das ist dann mein Part. Herzlichen Dank für die Frage. Wir haben uns bei den Frauen neun verschiedene Endpunkte angeschaut. Es ist so, wie die Journalistin schon ahnt, dass die allermeisten Effekte richtig greifen, wenn die Frau länger stillt. Und vorhin war ja die Frage nach den zwei Jahren. Auch das sehen wir in vielen Studien, dass kumulative Stilledauern im Leben einer Frau genommen werden, die dann auf die tatsächlich wieder zwei Jahre abzielen, also vierundzwanzig Monate. Ich glaube, für uns Frauenärzt:innen ist einer der größten Einstiegspunkte gewesen, welchen Effekt wir auf das Brustkrebsrisiko sehen. Es gab eine riesige, weltweite Lancet-publizierte Studie, die gezeigt hat, wie das aussieht, wenn Frauen zwei Jahre in ihrem Leben gestillt haben, welche Effekte das letztendlich auf die Entwicklung eines Brustkrebs macht. Man hat in diesen Studien gesehen, dass eine Risikoreduktion von fast fünfundzwanzig Prozent da war. Und wir haben tatsächlich diese Odds-Ratios – die Wissenschaftsjournalisten werden sich damit auskennen –, dass Wahrscheinlichkeiten erzielt werden, die signifikant auf der einen Seite waren und auf der anderen Seite eben diesen massiven Effekt gezeigt haben. Damals hat interessanterweise das Münchner Krebsinstitut, die Krebsregister, die Daten für Deutschland gepoolt und gesehen, dass in Deutschland die Wahrscheinlichkeit bei vierzig Prozent lag. Also da hat das Stillen einen massiven Einfluss, gerade wenn das eben über insgesamt zwei Jahre geht. Das können wir uns auch biochemisch mittlerweile erklären, weil eben entsprechende Stammzellen in der Muttermilch sind, die tatsächlich diese Krebsituation verändern. Andere Krebsarten sind auch dabei erfasst worden: Endometriumkarzinom, Ovarialkarzinom – auch dort positiver. Osteoporose im Alter vor allen Dingen. Während der Stillzeit ist der Knochenabbau etwas verstärkt, aber dann mit der Regeneration scheint es im Alter einen entsprechenden Effekt zu geben und so weiter und so fort. Die Effekte sind in den Leitlinien dargestellt und insbesondere die zweite PECO-Frage, die eben auf die Gesamtstillzeit von zwölf Monaten abzielt, ist sozusagen für uns Frauenärzte ein ganz wichtiger Hinweis, dass man eben in der Regel insgesamt nicht auf so eine Zeitspanne kommt, wenn man eben nur sechs Monate stillt und dann sofort abstillen würde – was ja Frauen, die so lange ausschließlich stillen, ohnehin in der Regel nicht machen. Aber das ist sozusagen der Hinweis, warum wir froh sind. Die Signifikanzen und die Effekte, die wir gesehen haben bei der Mutter, haben mit dazu beigetragen, dass diese PECO-Frage zwei so beantwortet wurde.



Moderatorin [00:36:35]

Ja, vielen Dank. Ich möchte noch auf Fragen einer anderen Journalistin eingehen. Sie fragt: Als „sehr relevant“ für beide Fragestellungen, also PECO eins und zwei, wurden von allen Outcomes nur ADHS und Autismus eingestuft – ADHS und Autismus als sehr relevant. Heißt das, die Leitlinienempfehlung beruht vor allem darauf, dass Sie in den erwähnten Beobachtungsstudien einen Kausalzusammenhang zwischen Stlldauer und ADHS und Autismus sehen? Wer kann dazu was sagen, Frau Ensenaue?

Regina Ensenaue [00:37:09]

Wir können, glaub ich, zusammen was sagen. Das hatten wir teilweise auch schon erwähnt, dass wir ein Kausalzusammenhang mit Beobachtungsstudien nicht aufstellen können. Beobachtungsstudien testen ein Zusammenhang zwischen einem Einflussfaktor früh im Leben auf einen späteren Effekt, also auf ein späteren Endpunkt einer Krankheit oder eines anderen Outcomes. Und dementsprechend ist es ganz wichtig, bei der Bewertung dieser Studien, was wir auch vorgenommen haben, drauf zu achten, ob weitere beitragende Faktoren, die dann auch nach dem Stillen kommen bis hin zu dem Auftreten des Endpunkts – sagen wir mal, mit fünf Jahren –, dass diese Faktoren einbezogen werden. Und teilweise war das tatsächlich der Fall, so gut man kann. Dann wurde der Evidenzgrad auch mit niedrig bewertet, wenn man gesehen hat, da ist sehr viel an zusätzlichen Faktoren gemacht worden, die auch das Outcome ADHS zum Beispiel determinieren beziehungsweise beeinflussen können. Wenn das allerdings nicht der Fall war – auch das hatten wir in manchen Studien und sogar in manchen ganzen Kapiteln sehr stark im Vordergrund, dass eben nur Stillen und ein Outcome in der Studie untersucht werden sollte, dann haben wir das mit sehr niedrig und es wurde von dem externen Institut als sehr niedrig eingestuft. Von daher muss man das mit gewisser, wissenschaftlicher Genauigkeit anschauen. Wir haben das versucht, in Statements in der Leitlinienlangfassung jeweils auszudrücken. Da kann man das sehen, sowohl den Evidenzgrad als auch, was zu konkludieren, zu schlussfolgern ist. Also insofern gibt es noch andere Faktoren, die zu ADHS oder zu Adipositas beitragen oder eben auch atopischer Dermatitis. Die Studienlage ist nicht ausreichend, das kann man auch sagen. Es muss weiter geforscht werden. Also die Leitlinie soll auch eine Basis geben zu weiteren Studien, die zu initiieren, weitere Studien zu verschiedenen Outcomes. Da ist sicher noch sehr viel zu tun.

Moderatorin [00:39:31]

Ja, danke schön. Frau Theurich, die nächste Frage würde ich ganz gerne an Sie richten. Laien könnte die Diskrepanz zur WHO-Empfehlung, die ja vierundzwanzig Monate weiter stillen empfiehlt, dennoch irritieren, gerade vor dem Hintergrund der Evidenzlage? Wie kann man diese Diskrepanz zwölf Monate im Vergleich zu vierundzwanzig Monate erklären?

Melissa Theurich [00:39:54]

Ich fühle mich ehrlich gesagt nicht in der Lage, die Frage zu beantworten, weil da müsste ich, ganz genau reingehen und sehen, welche Studien mit eingeschlossen wurden und was da rauskommt. Vielleicht gebe ich die Frage an die Autoren weiter, die ganz nah an dieser Feststellung gearbeitet haben.

Moderatorin [00:40:14]

Ja, klar. Wer der Autorinnen oder dem Autor? – Ja.



Michael Abou-Dakn [00:40:15]

Relativ einfach. Wir haben uns, bei der PECO-Frage zwei letztendlich an den europäischen Maßgaben und auch in der deutschen Handlungsempfehlung erst mal primär orientiert, aber auch in Kenntnis, weil wir alle wissenschaftlich sehr lange schon in diesem Thema sind, dass eben die Studienlage nach zwei Jahren – also diesen Effekt zu sehen, was nach zwei Jahren da ist – sehr schwach ist. Es werden tatsächlich sehr kleine Gruppen und die Studien, die dahinter stecken, meistens dann ganz wenig auch mit dem europäischen Bereich zu tun haben. Es war ja eine der Dinge, die wir immer wieder vorbehalten bekommen haben: Welche Studien gelten eigentlich für Deutschland? Muss man hier nicht ganz andere Maßstäbe setzen? Und deshalb, weil wir diese Diskussion nicht zusätzlich aufmachen wollten, haben wir von vornherein die Empfehlung auf die zwölf Monate bezogen. Und ich sehe da auch keine Diskrepanz im letzten Sinne in der Handlungsempfehlung. Auch da gilt – und die WHO sagt das ja sehr deutlich – solange Mutter und Kind wollen. Wir freuen uns, wenn Frauen, und Kinder vielleicht länger gestillt werden wollen. Es gibt ja eine Szene, die auch sehr, sehr lange stillt, aber das nun wissenschaftlich zu begleiten, wird dann halt schwierig.

Moderatorin [00:41:22]

Frau Grylka?

Susanne Grylka [00:41:24]

Ja, ich wollte ja eigentlich etwas ähnliches sagen, und zwar, dass die zwölf Monate nicht die vierundzwanzig ausschließen, sondern eine Art Minimum definieren, die ruhig überschritten werden dürfen. Und da kommt dann wieder, was Mutter und Kind möchten. Also das heißt nicht, vierundzwanzig Monate stillen ist schlecht, sondern im Gegenteil. Viele Outcomes sind sehr dosisabhängig. Sprich, je länger sie stillen, desto besser werden eigentlich die Outcomes – gerade Brustkrebs. Man kann schon sagen, es spricht gar nichts gegen vierundzwanzig Monate und die Leitlinie äußert sich sicher nicht gegen vierundzwanzig Monate.

Moderatorin [00:42:12]

Ich hätte, noch mal eine methodische Frage zur Leitlinie. Und zwar, welchen Einfluss hatte eventuell die Babynahrungsindustrie auf die Erstellung der Leitlinie beziehungsweise wie konnte sichergestellt werden, dass die Empfehlung der Leitlinie ausschließlich auf wissenschaftliche Evidenz beruht? Frau Ensener, können Sie das beantworten?

Regina Ensener [00:42:33]

Das können wir alle beantworten. Wir haben ein offenes Conflict-of-Interest-Management betrieben. Das passiert aber nicht nur bei uns, das ist Gegenstand von allen Gremien, die wir kennen, in denen wir auch Teil sind. Wissenschaftliche Gremien machen das seit diversen Jahren, dass man offenlegt, ob man durch die Säuglingsmilchindustrie oder andere Industrie fürn Vortrag oder fürn Forschungsprojekt finanziert wurde. Also da gibt es ganz verschiedene Möglichkeiten. Diese bitten wir dann in einem Dokument offenzulegen und das wird dann auch nach außen auf der Website dargestellt. Dazu kam, dass wir tatsächlich hier noch weitere Schritte gegangen sind. Wir haben nicht nur die reine Dokumentation gemacht, sondern haben auch möglichen Interessenkonflikte durch zwei unabhängige, Wissenschaftlerkollegen, die nichts mit dem Thema zu tun haben und die sich das rein faktisch angeguckt haben, bewerten lassen. Und die AWMF, also die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die die



Leitlinie herausgibt, hat ein Verfahren dazu. Das kann man auch nachlesen, wie das funktioniert. Niedriger, moderater oder hoher Interessenskonflikt wird da definiert.

Moderatorin [00:44:03]

Gut. Ja, Frau Grylka.

Susanne Grylka [00:44:06]

Nur ganz kurz ein zusätzlicher Punkt, den Frau Ensenaue aber schon vorher mehrmals gesagt hat: Die Literatursuche wurde unabhängig durchgeführt. Das heißt, da war niemand mit Interessenkonflikten involviert, der ... [Verbindung bricht ab]

Michael Abou-Dakn [00:44:27]

Du brichst immer wieder weg, Susanne.

Wir haben noch weiterhin... [übersprechen 00:01:35] Okay. Die Studien, die wir einbezogen haben, haben wir natürlich auch noch mal geprüft, ob dort entsprechende Studien drin sind, die von der Babynahrungsindustrie in irgendeiner Form unterstützt wurden oder überhaupt von der Industrie. Aber das ist natürlich in allen Leitlinien immer das große Thema: Wie ist es mit Publikationen? Wo kommt eigentlich die Finanzierung her und so weiter. Ich glaube, das ist eine Leitlinie, die besonders intensiv und vorbildhaft mit der Fragestellung der Transparenz umgegangen ist und tatsächlich diese Konflikte sehr deutlich benannt und beschrieben hat. Es ist im Leitlinienreport alles dargestellt.

Moderatorin [00:45:10]

Ja, wunderbar. Dann möchte ich damit auch erstmal zur letzten Journalist:innen-Frage kommen. Da fragt der Kollege, welche Unterschiede macht es, wenn durch einen Partner oder eine Partnerin abgepumpte Muttermilch gefüttert wird, anstatt dass direkt an der Mutterbrust gestillt wird? Weiß man, ob das gesundheitlich einen Einfluss hat? Frau Grylka?

Susanne Grylka [00:45:35]

Ja, (diese Frage ist) nicht ganz einfach zu beantworten, weil das kommt auch immer ein bisschen drauf an, wie es gemacht wird. Ob die Milch zum Beispiel vorschriftsgemäß aufbewahrt wird, damit wirklich auch der Vitamingehalt erhalten bleibt. Ich glaube, die meisten Studien konzentrieren sich hauptsächlich auf die Ernährung mit Muttermilch selber. Aber es gibt gewisse Outcomes, wie zum Beispiel die Mittelohrentzündung, die wir vorher hatten. Dort spielt auch das Saugen eine Rolle. Also nur einfach so als ein Beispiel zu nennen, das kann nicht ganz so klar und eindeutig beantwortet werden, dass es gar keinen Unterschied gibt. Aber auf jeden Fall ist auch abgepumpte Muttermilch, eine Ernährung mit Muttermilch, wenn sie gut durchgeführt wird, sicher nicht als minderwertig zu bezeichnen.

Michael Abou-Dakn [00:46:29]

Ich glaube, dass die Frage noch mal gestellt werden kann, wenn wir die nächsten PICO-Fragen beantworten, weil höchstwahrscheinlich zumindest am Anfang das eigentliche Stillen ein wesentlicher Aspekt ist, länger beim Stillen zu bleiben. Wir wissen das von Frauen, die nur pumpen



und dann eben abgepumpte Milch geben. Diesen Effekt muss man dabei betrachten. Der reine gesundheitliche Aspekt – insbesondere bei Frühgeborenen wissen wir das sehr genau – ist von der Muttermilch primär erstmal abhängig, denn da gibt es ja große Studien zu, welche Effekte es eben macht auf Intelligenz und so weiter. Wesentlich wäre aus meiner Sicht wiederum, wenn wir jetzt wieder an das Baby-friendly denken: Wenn nicht direkt gestillt wird, dann wird bindungsorientierte Füttern eine Thematik, also die Zufütterung in einer entsprechenden Interaktion mit dem Kind, weil Stillen ja eben sehr viel mehr ist als nur Ernährung. Das haben wir natürlich in unserer Leitlinie jetzt nicht beachtet, weil es da um andere gesundheitliche Aspekte geht. Aber Bindung, Sicherheit für die Kinder und so weiter, das entsteht ja alles durch den Stillakt selbst und den können wir Männer ganz schlecht nachholen. Das ist tatsächlich eine Thematik, die am Anfang dann sehr stark in dieser Interaktion besteht und die ist aber tatsächlich jetzt in der Leitlinien kein Thema gewesen.

Moderatorin [00:47:46]

Ja, wunderbar. Ich möchte zum Ende kommen mit einer ganz kurzen Frage. Die kam zwischendurch auch mal: Wann kommt denn der zweite Teil? Können Sie das schon sagen? Frau Ensenaue.

Regina Ensenaue [00:47:59]

Das können wir im Moment noch nicht sagen, leider. Wir werden uns dann zu gegebener Zeit äußern.

Moderatorin [00:48:05]

Alles klar. Dann möchte ich Ihnen allen sehr herzlich danken. Ich danke den anwesenden Expert:innen, dass sie sich die Zeit genommen haben, über diese Leitlinie zu sprechen. Ich danke den anwesenden Journalist:innen, die uns hier mit vielen Fragen eine sehr spannende Diskussion ermöglicht haben. Ich danke meinen Kolleg:innen im Hintergrund, die uns hier technisch unterstützen und möchte jetzt abschließend noch mal darauf hinweisen: Dieses Pressbriefing und die Leitlinie stehen bis Freitag, zwölf Uhr, also Freitag, 20. Februar, zwölf Uhr unter Embargo. Wir freuen uns auf Ihre Berichterstattung und ja, vielen Dank an alle Teilnehmenden.



press briefing

Ansprechpartnerin in der Redaktion

Annegret Burkert

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail redaktion@sciencemediacenter.de

Impressum

Die Science Media Center Germany gGmbH (SMC) liefert Journalisten schnellen Zugang zu Stellungnahmen und Bewertungen von Experten aus der Wissenschaft – vor allem dann, wenn neuartige, ambivalente oder umstrittene Erkenntnisse aus der Wissenschaft Schlagzeilen machen oder wissenschaftliches Wissen helfen kann, aktuelle Ereignisse einzuordnen. Die Gründung geht auf eine Initiative der Wissenschafts-Pressekonferenz e.V. zurück und wurde möglich durch eine Förderzusage der Klaus Tschira Stiftung gGmbH.

Nähere Informationen: www.sciencemediacenter.de

Diensteanbieter im Sinne MStV/TMG

Science Media Center Germany gGmbH
Schloss-Wolfsbrunnenweg 33
69118 Heidelberg
Amtsgericht Mannheim
HRB 335493

Redaktionssitz

Science Media Center Germany gGmbH
Rosenstr. 42–44
50678 Köln

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer

Volker Stollorz

Verantwortlich für das redaktionelle Angebot (Webmaster) im Sinne des §18 Abs.2 MStV

Volker Stollorz



science
media center
germany