

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/10403 –

Stand der Förderung des Stillens von Säuglingen und Kleinkindern

Vorbemerkung der Fragesteller

National und international bestehen Bemühungen, das Stillen zu fördern. So findet z. B. vom 29. September bis 5. Oktober 2008 die Weltstillwoche unter dem Motto „Stillen fördern – goldrichtig ... oder alle gewinnen, wenn stillende Mütter gut unterstützt werden ...“ statt. Sie wird von der World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) organisiert und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie dem Weltkinderhilfswerk (UNICEF) unterstützt.

Stillen dient nicht nur der Gesundheit des Säuglings, sondern fördert auch die Gesundheit der Mutter. Gestillte Kinder werden z. B. im ersten Lebensjahr seltener krank. Die Muttermilch bewirkt eine langfristige positive Prägung des Immunsystems. Ebenso ist zu beobachten, dass gestillte Kinder im späteren Alter weniger zu Übergewicht neigen als nicht oder nur kurz Gestillte.

Während des Stillens ausgeschüttete Hormone fördern z. B. die Gebärmutterrückbildung der Mütter. Ebenso ist die Brustkrebsrate bei Frauen, die lange gestillt haben, geringer als bei Frauen, die nie gestillt haben. Zudem fördert das Stillen die Mutter-Kind-Bindung.

1. Wie stellt sich die Stillsituation (Stillraten nach Alter, Stlldauer) in der Bundesrepublik Deutschland aktuell dar?

Seit 2004 wurden in Deutschland sowohl auf nationaler (retrospektive Stilledaten-erhebung im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys – KiGGS) als auch auf regionaler Ebene (prospektive longitudinale Kohortenstudien in Bayern und Berlin) Daten über die Stillhäufigkeit und -dauer erhoben.

Entsprechend den von der WHO erarbeiteten Definitionen für die Stillintensität¹ lassen sich aus den beiden Regionalerhebungen Häufigkeit und -dauer ausschließlich, überwiegend, teilweise und nicht gestillter Säuglinge im ersten Lebenshalbjahr ableiten (Kohlhuber et al., 2008; Mitteilung aus dem BfR).

Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) geben darüber hinaus einen bundesweiten, repräsentativen Überblick über Häufigkeit und Dauer des Stillens im Verlauf der Jahrgänge von 1986 bis 2005. Für den Geburtsjahrgang 2005 lässt sich auf Basis dieser Datenerhebung sagen, dass bundesweit 81,5 Prozent der Kinder jemals und im Alter von 6 Monaten noch 35,5 Prozent voll (Summe aus ausschließlichem und überwiegendem Stillen) gestillt wurden (Lange et al., 2007).

Tabelle 1: Stilldaten aus aktuellen Regionalerhebungen in Berlin und Bayern

Stillintensität	Region	zu Beginn	2 Monate nach Geburt	4 Monate nach Geburt	6 Monate nach Geburt
		Prozent			
insgesamt	Berlin (2004/05)	94,5	73,1	64,1	57,0
	Bayern (2005)	89,5	69,7	60,6	51,6
ausschließlich	Berlin (2004/05)	45,0	49,2	44,2	16,7
	Bayern (2005)	k. A.	44,7	41,7	21,4
überwiegend	Berlin (2004/05)	41,4	10,7	4,7	2,0
	Bayern (2005)	k. A.	15,5	9,9	4,1
teilweise	Berlin (2004/05)	8,2	13,3	15,2	38,3
	Bayern (2005)	k. A.	9,5	9,3	26,1
nicht gestillt	Berlin (2004/05)	3,3	26,9	35,9	43,0
	Bayern (2005)	10,5	30,3	39,1	48,6

k. A. = keine Angabe

2. Welche Entwicklung des Stillverhaltens in der Bundesrepublik Deutschland ist seit der Gründung der Nationalen Stillkommission (www.bfr.bund.de/cd/2404), die aufgrund von Beschlüssen der 45. Weltgesundheitsversammlung 1994 erfolgte, zu beobachten gewesen?

Bei einem Vergleich von Ergebnissen aus unterschiedlichen nationalen Datenerhebungen ist zu berücksichtigen, dass sowohl das Studiendesign als auch zugrunde gelegte Definitionen häufig und auch hier nicht vollständig übereinstimmen.

Die Daten der bereits in Frage 1 zitierten KiGGS-Studie lassen erkennen, dass im Jahr 2005 geborene Kinder gegenüber den 1994 geborenen um etwa 5 Prozent häufiger jemals gestillt wurden (81,5 Prozent zu 76 Prozent). Der Anteil der mindestens 6 Monate lang gestillten Kinder ist von 1988 bis 2000 konti-

¹ ausschließlich = keine andere Flüssigkeit oder Nahrung neben Muttermilch, auch kein Wasser oder Tee, mit Ausnahme von Vitaminen, Mineralstoffen oder Medikamenten in Form von Tropfen oder Sirup.

überwiegend = die überwiegende Nahrungsquelle für den Säugling ist Muttermilch. Flüssigkeiten auf wässriger Basis, wie z. B. (gesüßtes) Wasser, Tee, Maltodextrin-Lösung, Fruchtsaft etc. sind zulässig; Muttermilchersatz oder andere nahrhafte Flüssigkeiten nicht.

teilweise = Der Säugling erhält neben Muttermilch auch Muttermilchersatz und/ oder Beikost.

nuerlich von 20 auf 49 Prozent angestiegen, seither aber wieder gesunken (Lange et al., 2007).

Ein Vergleich der aktuellen regionalen Daten aus Berlin und Bayern mit denen aus der im Jahr 1997/98 durchgeführten bundesweiten prospektiven Longitudinalerhebung über Stillen und Säuglingsernährung (SuSe-Studie) (Dulon und Kersting, 1999) deutet darauf hin, dass der Anteil der Frauen, die zu stillen beginnen, in den letzten 10 Jahren relativ konstant bei etwa 90 Prozent lag, eine leichte Erhöhung der Gesamtstilldauer seit Ende der 90er Jahre zu verzeichnen ist und sich die ausschließliche Stillrate zum Zeitpunkt sechs Monate nach der Geburt verdoppelt hat.

Tabelle 2: Stilldaten aus aktuellen Regionalerhebungen in Berlin und Bayern im Vergleich zu den Ergebnissen der SuSe-Studie aus dem Jahr 1997/98

Stillintensität	Region	zu Beginn	2 Monate nach Geburt	4 Monate nach Geburt	6 Monate nach Geburt
		Prozent			
insgesamt	Berlin (2004/05)	94,5	73,1	64,1	57,0
	Bayern (2005)	89,5	69,7	60,6	51,6
	SuSe (1997/98)	88,3	70,0	59,2	48,4
ausschließlich	Berlin (2004/05)	45,0	49,2	44,2	16,7
	Bayern (2005)	k. A.	44,7	41,7	21,4
	SuSe (1997/98)	37,3	41,7	33,2	9,8
überwiegend	Berlin (2004/05)	41,4	10,7	4,7	2,0
	Bayern (2005)	k. A.	15,5	9,9	4,1
	SuSe (1997/98)	44,9	16,6	11,6	2,8
teilweise	Berlin (2004/05)	8,2	13,3	15,2	38,3
	Bayern (2005)	k. A.	9,5	9,3	26,1
	SuSe (1997/98)	4,3	11,7	14,4	38,8
nicht gestillt	Berlin (2004/05)	3,3	26,9	35,9	43,0
	Bayern (2005)	10,5	30,3	39,1	48,6
	SuSe (1997/98)	11,7	30,0	40,8	51,6

k. A. = keine Angabe

Die aktuellen Erhebungen deuten ferner darauf hin, dass die in der SuSe-Studie identifizierten Einflussfaktoren, wie Alter, Bildungsstatus und Lebensstilfaktoren (u. a. Rauchen) der Mutter, das Zusammenleben bzw. die Unterstützung durch den Partner sowie Stillprobleme, nach wie vor einen bedeutenden Einfluss auf die Stilldauer haben (Dulon und Kersting, 1999; Lange et al., 2007; Kohlhuber et al., 2008).

3. Wie ist die jetzige Situation im europäischen Vergleich sowie im Blick auf die internationalen und nationalen Empfehlungen zu bewerten?

Im Jahr 2003 wurden erstmals im Rahmen eines EU-Projektes („Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe“) Stilldaten aus europäischen Ländern zusammengestellt (EC, 2003). Die von insgesamt 21 Mitgliedsländern zur Verfügung gestellten Daten über das Gesamtstillen und das ausschließliche Stillen 6 Monate nach der Geburt sind in der folgenden Abbildung dargestellt. Unter Berücksichtigung der aktuellen Datenerhebungen liegt Deutschland im europaweiten Vergleich beim Gesamtstillen auf Platz 5 und mit Blick auf den Anteil der nach 6 Monaten noch ausschließlich gestillten Kinder auf Platz 8.

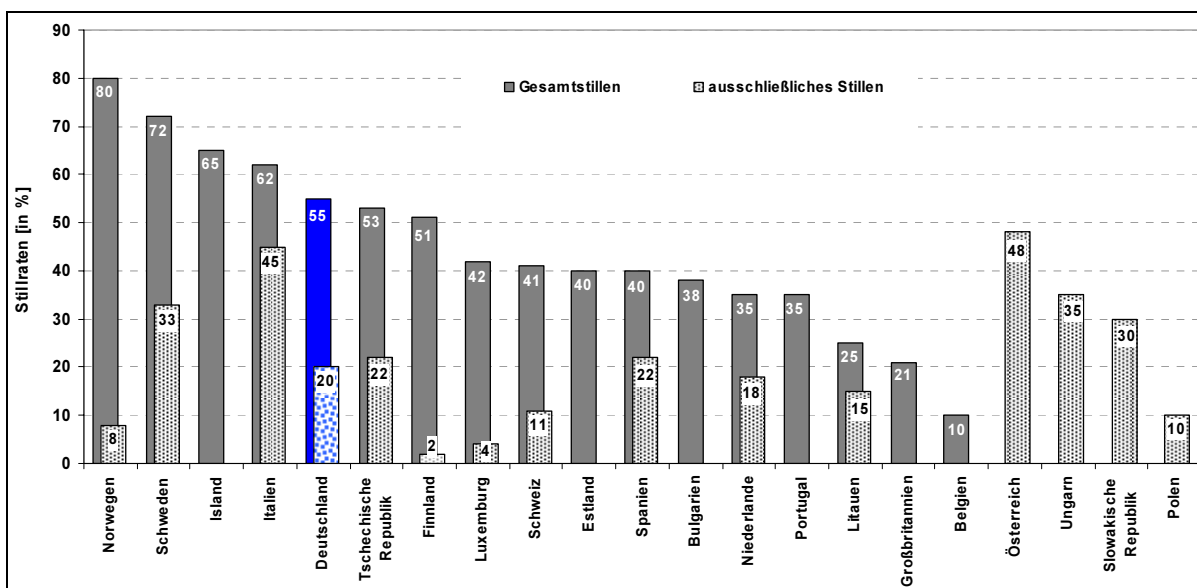


Abbildung 1: Europäische Stilldaten im Vergleich (aktuelle Daten aus Deutschland im Vergleich zu Übersicht über das Stillverhalten, publiziert in EC, 2003)

International gilt die WHO-Empfehlung, Säuglinge in den ersten sechs Monaten ausschließlich mit Muttermilch zu ernähren und danach unter Gabe von Beikost bis zu zwei Jahre weiterzustillen. Auch die Nationale Stillkommission sieht ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten für die Mehrzahl der Säuglinge als ausreichende Ernährung an. Da für Säuglinge in Industrieländern bisher jedoch keine negativen gesundheitlichen Konsequenzen durch eine Beikostgabe ab dem fünften Lebensmonat bekannt geworden sind, betrachtet sie in Anlehnung an hiervon abweichende Stellungnahmen pädiatrischer Fachgesellschaften auch viermonatiges ausschließliches Stillen als Erfolg und empfiehlt, Beikost nicht später als zu Beginn des siebten Lebensmonats, aber keinesfalls vor dem Beginn des fünften Monats zu geben. In Deutschland stillen 20 Prozent der Mütter sechs Monate ausschließlich; ca. 40 Prozent stillen vier Monate ausschließlich. Über die Stillraten in höheren Altersgruppen liegen für Deutschland keine zuverlässigen Daten vor.

4. Welche Aktivitäten hat die Nationale Stillkommission in den letzten Jahren unternommen, um das Stillen in der Bundesrepublik Deutschland zu fördern?

Wie ist der Erfolg zu bewerten?

Werden die Empfehlungen in der Praxis umgesetzt?

Die Nationale Stillkommission hat Empfehlungen zum Stillen und zur Stillförderung in Krankenhäusern formuliert und gibt seit vielen Jahren Infoblätter für Schwangere und Mütter mit Informationen rund um das Stillen sowie zur praktischen Umsetzung heraus. Die Infoblätter sind in Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Russisch und Türkisch kostenlos in der Geschäftsstelle der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung erhältlich; sie werden im Durchschnitt pro Jahr in folgenden Stückzahlen angefordert:

	Anforderungen pro Jahr	Anforderungen pro Jahr
	Infoblatt für Schwangere	Infoblatt für Stillende
Deutsch	24 000	46 000
Englisch	2 000	2 500
Französisch	900	1 300
Italienisch	800	1 300
Russisch	1 600	2 300
Türkisch	2 600	3 500

Weiterhin hat die Nationale Stillkommission gemeinsam mit der Deutschen Liga für das Kind eine Internetseite erstellt (<http://www.stillen-info.de/index.html>), auf der sich stillende Mütter über Hilfsangebote von Stillförderorganisationen und -vereinen informieren können. Darüber hinaus hat die Nationale Stillkommission eine Vielzahl von Empfehlungen zur Stillpraxis für Mütter und für Fachpersonal erarbeitet, die im Internet (<http://www.bfr.bund.de/cd/2404>) als auch teilweise in Zeitschriften publiziert wurden. Die Internetseite der Nationalen Stillkommission wurde im November 2007 umgestaltet und neu gegliedert. Seither wurden ca. 2 000 Zugriffe pro Monat registriert, was einer Verdopplung der monatlichen Zugriffsrates entspricht. Die Nationale Stillkommission selbst hat keine Möglichkeit zu überprüfen, ob ihre Empfehlungen in der Praxis umgesetzt werden.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die Umsetzung der WHO/UNICEF-Initiative „babyfreundliches Krankenhaus“ in der Bundesrepublik Deutschland, und welchen nationalen Handlungsbedarf sieht sie?

Das Betreuungskonzept der weltweiten Initiative von WHO und UNICEF („Babyfreundliches Krankenhaus“) hat zum Ziel, die Bedingungen für das Stillen zu verbessern und alle Mütter zum Stillen zu ermutigen und sie dabei zu unterstützen. Der Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ (BFHI) e. V. vergibt ein Qualitätssiegel an Geburtskliniken, die einen internationalen Betreuungsstandard für werdende Eltern erfüllen. Weltweit gibt es rund 20 000 Babyfreundliche Krankenhäuser in 150 Ländern, davon etwa 500 Babyfreundliche Krankenhäuser in Industriestaaten. Von den ca. 900 Geburtsstationen in Deutschland sind derzeit 34 als Babyfreundliche Krankenhäuser zertifiziert und führen eine entsprechende Plakette. 39 Krankenhäuser bereiten sich zurzeit auf eine Zertifizierung vor. Die Bundesregierung bewertet diese Entwicklung positiv. Gleichwohl ist der Erwerb der

Plakette als eine zusätzliche Leistung zu sehen; davon unabhängig unterliegt jedes Krankenhaus den in deutschen Kliniken vorgeschriebenen Qualitätssicherungssystemen.

6. Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Praxis kommerzieller Anbieter von Ersatzmilch, direkt nach der Entbindung entsprechende Proben an Mütter zu verteilen, um so für den Gebrauch dieser Milch zu werben?

Wie bewertet die Bundesregierung es, wenn diese Werbung in Krankenhäusern erfolgt?

Und wie bewertet die Bundesregierung die Praxis kommerzieller Anbieter, Muttermilchersatzprodukte sowie gesüßte Getränke und Lebensmittel für Kinder unter sechs Monaten zu bewerben?

Die grundsätzlichen Ziele und die für Europa relevanten Anforderungen des WHO-Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten wurden in der Europäischen Gemeinschaft in die Richtlinie 91/321/EWG über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung aufgenommen und am 10. Oktober 1994 mit dem Gesetz über die Werbung für Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung (SNWG) in nationales Recht umgesetzt. Diese Richtlinie wurde grundlegend überarbeitet, an den aktuellen Erkenntnisstand angepasst und 2006 durch die Richtlinie 2006/141/EG über Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung abgelöst. Die mit der o. g. Richtlinie geänderten gemeinschaftsrechtlichen Bestimmungen wurden durch die Fünfzehnte Verordnung zur Änderung der Diätverordnung in deutsches Recht umgesetzt.

Es wird davon ausgegangen, dass mit „Ersatzmilch“ und „Muttermilchersatzprodukten“ Säuglingsanfangsnahrung gemeint ist. Säuglingsanfangsnahrung ist nach der Diätverordnung definiert als ein Lebensmittel, das für die besondere Ernährung von Säuglingen während der ersten Lebensmonate bestimmt ist und für sich allein den Ernährungserfordernissen dieser Säuglinge bis zur Einführung angemessener Beikost entspricht. Nach § 25a Abs. 2 der Diätverordnung ist es u. a. verboten, Werbung für Säuglingsanfangsnahrung zu betreiben, die die Verbraucher durch Verteilung von Proben, Abgabe kostenloser oder verbilligter Erzeugnisse oder durch andere zusätzliche Kaufanreize, sei es direkt oder indirekt über in der Gesundheitsvorsorge tätige Institutionen oder Personen, zum Kauf anregt. Darüber hinaus gelten die spezifischen Kennzeichnungsanforderungen gemäß § 22a der Diätverordnung zur Kennzeichnung von diätetischen Lebensmitteln zur Verwendung als Säuglingsanfangs- oder Folgenahrung.

Lebensmittel des allgemeinen Verzehrs, die für Säuglinge und Kleinkinder geeignet sind, dürfen nach § 2 Abs. 2 der Diätverordnung mit einem Hinweis darauf in Verkehr gebracht werden. Solche Erzeugnisse müssen jedoch spezifische Anforderungen der Diätverordnung, wie solche im Hinblick auf die Verpackung sowie die Kennzeichnung, erfüllen. Selbstverständlich gelten auch bei diesen Lebensmitteln die allgemeinen Vorschriften des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB) zum Schutz vor Täuschung. Bei Nichteinhalten der einschlägigen Vorschriften sind von Seiten der Lebensmittelüberwachung in den Bundesländern die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen.

7. Welche Aktivitäten der Bundesregierung wurden aufgrund der Globalen Strategie zur Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern (55. Weltgesundheitsversammlung 2002) im Hinblick auf das Stillen ergriffen?

Siehe hierzu die Antworten zu den Fragen 4, 5, 6 und 12.

8. Welche Aktivitäten der Bundesregierung wurden aufgrund des Aktionsplans „Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“ (EU-Konferenz zur Förderung des Stillens in Europa Juni 2004) ergriffen?
9. In welchen der im Aktionsplan benannten Bereiche (Leitlinien und Planung, Information, Ausbildung und Kommunikation, Schulung, Schutz, Förderung und Unterstützung, Monitoring, Forschung) sieht die Bundesregierung nationalen Handlungsbedarf – gegebenenfalls durch wen?
Welche Aktivitäten sind von ihr selbst geplant?

Die Fragen 8 und 9 werden zusammen beantwortet.

Die Nationale Stillkommission hat auf der Grundlage des EU-Aktionsplans folgende Schwerpunkte für die künftige Arbeit definiert:

- Einrichtung eines nationalen Stillmonitorings,
- Stärkere Ausrichtung der Stillförderung auf die Bedürfnisse von sozial Benachteiligten und Migrantinnen,
- Stärkere Berücksichtigung des Stillens als Thema in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Fachpersonal.

Die Erhebung der Stillhäufigkeit und -dauer (Nationales Stillmonitoring) hat die Bundesregierung zuletzt durch die Erhebung im Rahmen des Kinder- und Jugendsurveys repräsentativ erfasst. Diese Erhebung wird auch künftig in diesem Rahmen erfolgen. Davon unabhängig können die Länder eigene Erhebungen durchführen, um detailliertere regionale Daten zu erhalten.

Die Bundesregierung berücksichtigt das Stillen und die Ernährung des Kleinkindes ferner im Nationalen Aktionsplan IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. So werden im Rahmen des Modell- und Demonstrationsvorhabens Besser Essen. Mehr Bewegen. – Kinderleicht-Regionen des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz in mehreren Projekten (Sachsen-Anhalt, Berlin, Bremen) u. a. Wege der Stillförderung durch lokale, niedrighschwellige Angebote und über neue Zugangswege bei jungen Familien und bei Personen mit Migrationshintergrund und/oder sozialer Benachteiligung erprobt. Alle Projekte werden umfangreich evaluiert, um erfolgreiche Maßnahmen zu identifizieren, die nach Abschluss der Projektförderung in die Fläche getragen werden sollen. Dabei sollen mit Stillförderung befasste NGOs, Krankenkassen sowie Einrichtungen der Länder und Kommunen einbezogen werden.

Für die Weiter- und Fortbildung von Fachpersonal sind allein die Länder zuständig. Hinsichtlich der vom Bund geregelten Ausbildungen in den Heilberufen ist zu berücksichtigen, dass in der Approbationsordnung für Ärzte und den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Gesundheitsfachberufe, wie z. B. der Hebammen oder der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, lediglich inhaltliche Rahmenvorgaben festgelegt werden. Die erforderliche curriculare Aufbereitung dieser Inhalte erfolgt durch die Hochschulen bzw. Schulen für die jeweiligen Gesundheitsberufe. Das hat den Vorteil, dass die Ausbildungsstätten Gestaltungsspielraum erhalten, um die inhaltlichen Vorgaben des Bundes nach den aktuellen Anforderungen an die Ausbildung anzupassen und zu strukturieren. Es ist daher Angelegenheit der Hochschulen und der Schulen des Gesundheitswesens, dafür Sorge zu tragen, dass auch die Thematisierung des Stillens in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte und der anderen Heilberufe in hinreichendem Umfang Eingang findet. Der Bund hat hierfür die notwendigen Grundlagen geschaffen.

Die Nationale Stillkommission ist selbst nicht für die Durchführung von Bildungsmaßnahmen zuständig, war aber in der Vergangenheit in die Evaluation von medizinischen Lehrbüchern involviert und ist auch künftig bereit, die fach-

liche Aufbereitung und Begutachtung von (Lehr-)Buchinhalten über das Stillen zu unterstützen.

10. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Finanzierung der Stillberatung durch die gesetzlichen Krankenkassen?

Hält sie die Inanspruchnahme und den vorgesehenen Umfang der Stillberatung für ausreichend oder sieht sie Handlungsbedarf?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben nach § 196 der Reichsversicherungsordnung während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf Hebammenhilfe. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben mit bindender Wirkung für die Krankenkassen nach § 134a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch einen Vertrag mit den Berufsverbänden der Hebammen über die Versorgung mit Hebammenhilfe geschlossen. Hiernach gehört die Stillförderung und die Unterstützung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen des Säuglings zum Leistungsumfang der Hebammenhilfe. Im Hinblick auf die bestehenden Leistungsansprüche wird ein weiterer Handlungsbedarf nicht gesehen.

11. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über Selbsthilfegruppen und das ehrenamtliche Engagement zur Förderung des Stillens vor?

Wie bewertet sie deren Arbeit (z. B. der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen oder der La Leche Liga Deutschland)?

Wie finanzieren sich diese Gruppen und Vereine – erhalten sie Gelder von Krankenkassen bzw. öffentliche Fördermittel?

Grundsätzlich können Selbsthilfegruppen und -organisationen, die die gesundheitliche Prävention oder Rehabilitation der Versicherten zum Ziele haben, nach § 20c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Förderung durch gesetzliche Krankenkassen erhalten. Hierzu wurde vom GKV-Spitzenverband ein Leitfaden zur Selbsthilfeförderung vom 10. März 2000 in der Fassung vom 8. September 2008 vorgelegt. Darin ist ein Verzeichnis der Krankheitsbilder enthalten, bei denen eine Förderung zulässig ist. Stillen zählt nicht dazu.

Die Förderung des Stillens ist jedoch ein gesundheits- und ernährungspolitisches Anliegen der Bundesregierung, zu dessen Umsetzung die Einbindung Dritter, wie der La Leche Liga oder der Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen erforderlich und sinnvoll ist. Die Beratungsarbeit wird dort ausschließlich ehrenamtlich geleistet. Beide Vereine tragen durch ihre Arbeit zur Anerkennung und Verbreitung der wissenschaftlich nachgewiesenen Bedeutung des Stillens für die körperliche und seelische Gesundheit von Mutter und Kind bei. Die La Leche Liga und die Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen finanzieren sich als gemeinnützige Vereine im Wesentlichen über Mitgliedsbeiträge und Spenden. Hinzu kommen Förderungen und Unterstützungen öffentlicher Einrichtungen. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz unterstützt beide Vereine seit vielen Jahren durch die Finanzierung der jeweiligen Jahrestagungen.

12. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die praktische Umsetzbarkeit von Stillpausen nach dem Mutterschutzgesetz im beruflichen Alltag?

Gibt es hier Handlungsbedarf, und wenn ja, was tut die Bundesregierung, um die betroffenen Mütter, Kinder und Betriebe zu unterstützen?

Das Mutterschutzgesetz regelt in § 7 den Anspruch auf Stillpausen und Stillzeiten. Die Einhaltung der Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes wird von den zuständigen Aufsichtsbehörden in den Ländern (Gewerbeaufsichtsamt/ Amt für Arbeitsschutz) überwacht. Bei Problemen oder Fragen ist die Aufsichtsbehörde sowohl für die schwangere oder stillende Arbeitnehmerin als auch für den Arbeitgeber Ansprechpartner. Nach Rückfrage bei den zuständigen Aufsichtsbehörden besteht überwiegend Einvernehmen darüber, dass die Regelungen des § 7 des Mutterschutzgesetzes als in der Praxis handhabbar angesehen werden. In Einzelfällen wurden praktikable Lösungen mit den betroffenen Müttern und deren Arbeitgebern durch Beratung von Mitarbeitern der Aufsichtsbehörden, ggf. auch durch Moderation im Betrieb oder in Zusammenarbeit mit dem Staatlichen Gewerbearzt gefunden. Die Bundesregierung sieht daher keinen unmittelbaren Handlungsbedarf.

