

Der verantwortungsbewusste Umgang mit dem Schnuller aus logopädischer Sicht

Erarbeitung und Erprobung eines Informationsfolders
für Eltern von Neugeborenen



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung

Graz / Schloss Seggau (college@interuni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

Ulrike Lins

Graz im Juni 2010

Ulrike Lins, Dornbirn

ulrike.lins@me.com

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2010

Thesis angenommen

Im Sinne fachlich begleiteter Forschungsfreiheit müssen die in den Thesen des Interuniversitären Kolleg vertretenen Meinungen und Schlussfolgerungen sich nicht mit jenen der Betreuer/innen und Begutachter/innen decken, sondern liegen in der Verantwortung der Autorinnen und Autoren.

„Da sich das Saugen und Lutschen innerhalb einer Beziehung entwickelt und wir alle entsprechende monatelange Erfahrung in diesem Bereich haben, berühren Fragen nach diesen Verhaltensweisen auch frühe, zumeist unbewusste Erinnerungen eines jeden, die mit starken Emotionen und oft auch kaum reflektierbaren Überzeugungen und Glaubensinhalten verkoppelt sind.“

Prof. Dr. med. D. Bürgin, im Rahmen eines Vortrages mit dem Titel *Lutschen- Bedürfnis oder Gewohnheit?* anlässlich des 12. Europäischen Kongresses für Myofunktionelle Therapie zum Thema „Habits“ 1999 in Basel

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung.....	6
1.1. Einleitung.....	6
1.2. Methodik	7
1.3. Ergebnisse.....	9
1.4. Diskussion	11
1.5. Literatur.....	16
2. Einleitung.....	18
2.1. Ausgangslage.....	18
2.2. Medizinische Grundlagen.....	19
2.2.1. Wechselwirkung von Form und Funktion im stomatognathen System.....	19
2.2.2. Zahn- und Kieferfehlstellungen.....	20
2.2.3. Orofaziale Dysfunktionen.....	22
2.2.4. Das Lutschphänomen.....	24
2.3. Aktuelle Stellungnahmen bzw. Empfehlungen zum Schnullergebrauch.....	25
2.4. Gesundheitskommunikation und Prävention.....	27
2.5. Forschungsfragen.....	28
3. Methodik.....	29
3.1. Methodik zur Forschungsfrage 1.....	29
3.2. Methodik zur Forschungsfrage 2.....	29
4. Ergebnisse.....	32
4.1. Untersuchungen zum Thema Schnuller	32
4.1.1. Das Thema Schnuller aus kieferorthopädisch-logopädischer Sicht.....	32
4.1.2. Das Thema Schnuller in interdisziplinären Reviews.....	36
4.2. Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen und Ätiologie von Lutschgewohnheiten.....	37
4.3. Präventive Empfehlungen zum Schnullergebrauch.....	38
4.4. Auswahl der zu vermittelnden Informationen.....	38
4.5. Textgestaltung der zu vermittelnden Informationen.....	39
4.6. Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews mit den Müttern von Neugeborenen.....	40
4.6.1. Kategorie 1: Einsatzmöglichkeiten des Schnullers (EM).....	40

4.6.2. Kategorie 2: Risiken des Schnullergebrauchs (R).....	44
4.6.3. Kategorie 3: Informationsquellen der Mütter (I).....	48
4.6.4. Kategorie 4: Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers....	50
4.6.5. Kategorie 5: Indikationen für die Schnullergabe (IND).....	53
4.6.6. Kategorie 6: Umgang mit dem Schnuller im Alltag (U).....	55
4.6.7. Kategorie 7: Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag.....	58
4.6.8. Kategorie 8: Schnullerstopp (ST).....	59
4.6.9. Kategorie 9: Subjektive Beurteilung des Folders (B).....	60
4.6.10. Kategorie 10: Interesse an Informationen zur Sprachentwicklung sowie zur Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen.....	62
4.6.11. Kategorie 11: Ernährung des Babys.....	63
4.6.12. Kategorie 12: Subjektive Bewertung des Schnullers durch die Mütter (SB)....	63
4.6.13. Kategorie 13: Alternativen zum Schnuller (A).....	64
4.6.14. Kategorie 14: Gewöhnen an den Schnuller (G).....	65
5. Diskussion.....	66
5.1. Interpretation des Ergebnisses zur Forschungsfrage 1.....	66
5.2. Interpretation der Ergebnisse zur Forschungsfrage 2.....	68
5.3. Folgerung.....	72
5.4. Eigenkritisches.....	73
5.5. Anregung zu weiterführender Arbeit.....	74
6. Quellenverzeichnis	75
Anhang.....	81
Anhang 1 – Brief an die Mütter.....	81
Anhang 2 – Der Informationsfolder	82
Anhang 3 – Interviewleitfaden	83

1. ZUSAMMENFASSUNG

1.1. Einleitung

Repräsentative Reihenuntersuchungen an Kindern im Milch- und Wechselgebiss haben gezeigt, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen weit verbreitet sind (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Laut einer Studie des Instituts des zahnärztlichen Dienstes im Jahr 1991 (Clausnitzer 2006, S. 32) erhielten 60% der dreizehn- bis vierzehnjährigen Jugendlichen in Deutschland aufgrund einer Gebissanomalie eine kieferorthopädische Behandlung.

Bei einem großen Anteil der Kinder mit Zahn- und Kieferfehlstellungen liegt eine orofaziale Dysfunktion vor (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Orofaziale Dysfunktionen sind definiert als „Störungen des Muskeltonus, der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex, die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen“ (Giel 2006, S. 408). Es wird von einem multifaktoriellen Ursachengefüge für die Entstehung einer orofazialen Dysfunktion ausgegangen. Neben Kiefer- und Zahnstellungsanomalien (welche wiederum genetisch bedingt, angeboren bzw. erworben sein können) werden u.a. habituelle Ursachen wie Lutschgewohnheiten und ungünstige Säuglings- und Kleinkindernahrung genannt (Kittel 2000, Giel 2006).

Dass das habituelle Lutschen am Schnuller bzw. am Daumen (und/oder anderen Fingern und Gegenständen) einen negativen Einfluss auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen hat, haben zahlreiche Studien (u. a. Larsson 1994, Warren 2002, Zardetto et al. 2002, Viggiano et al. 2004, Stahl et al. 2007) sowie die logopädische Praxis gezeigt. Ein Großteil der Kinder, die aufgrund einer orofazialen Dysfunktion bzw. einer phonetischen Artikulationsstörung vorgestellt und behandelt werden, hat eine Lutschgewohnheit, oder die Eltern geben bei der Anamnese an, dass das Kind bis ins Kleinkind- bzw. Vorschulalter am Schnuller (bzw. am Daumen oder an anderen Fingern) gelutscht hat (siehe auch Furtenbach 2005).

In der praktischen logopädischen Arbeit wird beobachtet, dass viele Eltern wenig über die Risiken einer über die Säuglingszeit hinausgehenden Lutschgewohnheit zu wissen scheinen bzw. zu spät über Zusammenhänge informiert werden, nämlich erst wenn sich die Gewohnheit manifestiert und orofaziale Dysfunktionen bzw. Zahn- und Kieferfehlstellungen diagnostiziert werden (siehe auch Furtenbach 1999). Eltern praktizieren einen unreflektierten Umgang mit dem Schnuller (bzw. anderen Lutschobjekten ihrer Kinder), sodass die Kinder über die Säuglingszeit hinaus lutschen. Oft wird der Schnuller (bzw. der Daumen oder andere Lutschgegenstände) nicht nur zur Beruhigung und zum Einschlafen verwendet, sondern ist ein ständiger Begleiter im Leben des Kindes (siehe auch Furtenbach 1999, 2005).

In der logopädischen und kieferorthopädischen Fachliteratur sind Forderungen nach Prävention lutschbedingter Zahn- und Kieferfehlstellungen und orofazialer Dysfunktionen zu finden (siehe Furtenbach 1999, Hahn 2002, Codoni 2004, Stahl et al. 2007). Die tatsächlich publizierten Empfehlungen an Eltern zum Thema Schnuller bzw. Lutschgewohnheiten von zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer und kinderärztlicher Seite gehen weit auseinander und reichen von Empfehlungen, die im Sinne der Primärprävention darauf abzielen, das Entstehen einer Lutschgewohnheit möglichst zu verhindern (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller, Universitätsklinik Innsbruck 2008, Initiative Kiefergesundheit e.V. 2010) bis zu Aufforderungen an Eltern, Lutschgewohnheiten im Kleinkind- und Vorschulalter zu ignorieren und erst nach dem Zahnwechsel eine Entwöhnung des Schnullers bzw. Daumens anzustreben (Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie 2010).

Forschungsfrage

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer Möglichkeit der Primärprävention. Es werden die Fragen bearbeitet, welche Informationen ein aus logopädischer Sicht gestalteter Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller beinhalten muss (Forschungsfrage 1a), wie diese Informationen aufbereitet sein müssen (Forschungsfrage 1b) und wie das Ergebnis, ein Informationsfolder, Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf den Wissensstand zum Thema Schnuller sowie den Schnullergebrauch im Alltag beeinflusst und wie diese Mütter den Informationsfolder beurteilen (Forschungsfrage 2).

1.2. Methodik

Methodik zur Forschungsfrage 1a und 1b

Es erfolgte eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung (Suchbegriffe in Pub Med und NML: *pacifiers and malocclusion, effects of pacifiers on dental occlusion, pacifiers and myofunctional disorder* und *pacifiers and orofacial disorder*) sowie eine kritische Beurteilung der Aussagekraft relevanter Artikel. Ergänzend wurde Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten herangezogen. Weiters wurden aktuelle Empfehlungen zum Schnullergebrauch kritisch im Hinblick auf ihre primärpräventive Ausrichtung beurteilt und zentrale Aussagen gegebenenfalls in die zu vermittelnden Informationen eingearbeitet. Zur Beantwortung der Frage, wie die zu vermittelnden Informationen aufbereitet sein müssen, wurde Literatur zum Thema Informationsvermittlung in der Gesundheitsförderung sowie zum Thema Textoptimierung herangezogen. Ein neu erarbeiteter Informationsfolder ist das Ergebnis zur Forschungsfrage 1a und 1b. Die graphische Gestaltung erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. Andrea Bachmann, M. A., Marketingleiterin des aks Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin BetriebsGmbH in Bregenz, Vorarlberg.

Methodik zur Forschungsfrage 2

Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurde eine qualitative Untersuchung in Form einer deskriptiven mehrmaligen Expertenbefragung von Müttern von Neugeborenen durchgeführt. Die Versuchspersonen beantworteten zu zwei Untersuchungszeitpunkten (teil-)standardisierte Fragen. Die Antwortmöglichkeiten waren je nach Frage offen oder geschlossen.

Interviewleitfaden

Die Befragung erfolgte anhand eines teilstandardisierten Interviewleitfadens, der von der Autorin zusammengestellt worden war. Die Fragen waren größtenteils offen gestellt, d.h. Wissen über den Schnullergebrauch und Auskünfte über den praktischen Umgang mit dem Schnuller wurden nicht direkt erfragt, sondern es wurde versucht mittels zunächst offen gestellter Fragen möglichst wenig vorzugeben. Informationen, die über diese offen gestellten Fragen nicht gewonnen werden konnten, wurden mittels geschlossener Fragen ergänzt.

Teilnehmerinnen

Befragt wurden zum Zeitpunkt 1 acht erstgebärende Mütter von primär gesunden Neugeborenen, zum Zeitpunkt 2 konnten sieben der acht Frauen ein zweites Mal befragt werden.

Durchführung

Die Befragung zum Zeitpunkt 1 wurden auf der Wochenstation im Krankenhaus Dornbirn durchgeführt. Das erste Interview erfolgte durch die Autorin im Rahmen eines Gesprächs unter vier Augen. Anschließend erhielten die Mütter den Informationsfolder. Sechs bzw. sieben Wochen später (Zeitpunkt 2) wurden die Mütter nochmals von derselben Person telefonisch befragt.

Analyse

Die aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). In einem ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Danach wurden inhaltstragende Textstellen paraphrasiert und nach Bestimmung des Abstraktionsniveaus diesem entsprechend generalisiert. Die Textteile wurden den deduktiv gewonnenen Kategorien zugeordnet. Die deduktive Kategoriendefinition wurde deshalb gewählt, weil die Fragestellung zur Erprobung des Informationsfolders klar eingegrenzt war und auch die Fragen im Interviewleitfaden dementsprechend gewählt worden waren. Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt wurden den einzelnen Kategorien zugeordnet und nach Häufigkeit in den einzelnen Interviews ausgezählt. Das so für die Auswertung gewonnene Material wurde nochmals am Originaltext überprüft und nach Inhalt bzw. Häufigkeit der vorkommenden Inhalte sortiert und so in verschiedene Items unterteilt. An Hand des Datenmaterials, welches den deduktiv festgelegten Kategorien nicht zugeordnet werden konnte, für die Beantwortung der Forschungsfragen der Autorin jedoch relevant erschien, wurden induktiv Kategorien definiert. Die Ergebnisse der Items zu den beiden Messzeitpunkten wurden, wenn möglich, miteinander verglichen.

1.3. Ergebnisse

Der Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen

Dieser neu erarbeiteter Informationsfolder ist das Ergebnis zu Forschungsfrage 1a und 1b:



Das Wichtigste in Kurzform

Saugen ist in den ersten sechs Lebensmonaten natürlich und wichtig. Das Saugbedürfnis des Kindes soll befriedigt werden. Dies geschieht beim Stillen. Wenn ein Schnuller verwendet wird, soll verhindert werden, dass eine Lutschgewohnheit entsteht.

Der Schnuller soll nicht zu oft und nicht zu lange im Mund des Kindes sein.

Der Schnuller soll keine anderen Bedürfnisse überdecken - nur wenn das Kind saugen will, soll der Schnuller verwendet werden.

Auch Schnuller, die als „kieferegerecht“, „physiologisch“ oder „natürlich geformt“ verkauft werden, können der Kiefer- und Sprechentwicklung schaden, wenn sie zu oft und zu lange verwendet werden.

Wenn das Kind anfängt zu beißen und kauen, ist feste Nahrung wichtig. Das Saugen wird vom Kauen abgelöst. Das Kind braucht keinen Schnuller mehr.

Kontakt



aks Kinderdienste Dornbirn
 Logopädie
 Ulrike Lins
 Färbergasse 13 / 1
 6850 Dornbirn
 T 055 74 / 202 - 5200
 kd.l@aks.or.at

Der Schnuller

Fragen und Antworten zum verantwortungsbewussten Umgang

Der Schnuller

aks Sozialmedizin GmbH
 Kinderdienste Dornbirn
 Färbergasse 13 / 1
 6850 Dornbirn
 T 055 74 / 202 - 5200
 kd.l@aks.or.at

Brauchen Babys einen Schnuller?


Saugen ist ein natürliches Bedürfnis. Es dient vor allem zur Nahrungsaufnahme, aber auch zur Beruhigung und Entspannung im Säuglingsalter. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das natürliche Saugbedürfnis am besten befriedigt. So begünstigt Stillen die normale Kiefer- und Sprechentwicklung.

Der Schnuller ist ein Ersatz für die Mutterbrust. Gerade in der Anfangszeit ist es wichtig, dass das Kind das Saugbedürfnis nur an der Brust befriedigt. So wird die Milchbildung angeregt. Falls Sie sich für einen Schnuller entscheiden, ist es wichtig, dass Sie ihn bewusst und überlegt verwenden.

Warum ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Schnuller wichtig?

Wenn der Schnuller zu oft im Mund des Kindes ist und zu lange verwendet wird, können Zahn- und Kieferfehlstellungen die Folge sein. Außerdem kann sich die Muskulatur, die zum Sprechen benötigt wird, nicht richtig entwickeln. Das Kind kann Schwierigkeiten beim Sprechen bekommen.

Typische Schnuller-Folgen: Offener Biss, vergrößerte Frontzahnstufe



Kinderdienste

Wie kann ich verhindern, dass der Schnuller meinem Kind schadet?

Der Schnuller kann Ihrem Baby helfen, das natürliche Saugbedürfnis zu befriedigen. Damit der Schnuller keinen Schaden anrichten kann, soll das Kind keine Lutschgewohnheit entwickeln. Darum ist es wichtig, dass das Baby den Schnuller nur dann bekommt, wenn es ein Saugbedürfnis zeigt. Der Schnuller soll nur so lange im Mund bleiben, bis das Saugbedürfnis gestillt ist bzw. bis das Kind sich beruhigt hat. Auf keinen Fall muss der Schnuller ständig im Mund des Kindes sein.

Soll ich meinem Kind, wenn es weint, immer zuerst den Schnuller geben?

Wenn das Baby weint, kann das verschiedene Gründe haben. Vielleicht hat es in dem Moment gar kein Saugbedürfnis, sondern ein ganz anderes Bedürfnis. Vielleicht hat es Hunger, muss gewickelt werden oder möchte getragen werden? Vielleicht braucht es ganz einfach Zeit und Aufmerksamkeit. Es liegt in Ihrer Verantwortung zu entscheiden, wann und wie lange Sie Ihrem Kind einen Schnuller geben.

Kinderdienste

Gibt es nicht auch gesunde Schnuller?

Hersteller bewerben ihre Produkte mit Bezeichnungen wie „kieferegerechter Schnuller“, „natürlich geformter Schnuller“, „physiologischer Schnuller“ usw. Diese Bezeichnungen sind irreführend. Jeder Schnuller, egal wie er aussieht und gemacht ist, schadet der Kiefer- und Sprechentwicklung, wenn er zu lange und zu häufig im Mund des Kindes ist.

Wann soll der Schnuller nicht mehr verwendet werden?

Sobald das Kind Zähne bekommt, will es beißen und kauen. Es ist wichtig, dass es dann festere Nahrungsmittel angeboten bekommt. Das Saugbedürfnis tritt in den Hintergrund. Wird der Schnuller weiter verwendet, wird das Saugbedürfnis künstlich aufrecht erhalten. Das Lutschen am Schnuller ist dann kein echtes Bedürfnis mehr, sondern eine Gewohnheit. Daher ist es sinnvoll, dem Kind ab dem 8. bis 12. Lebensmonat den Schnuller gar nicht mehr zu geben.

Kinderdienste

Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews mit den Müttern von Neugeborenen

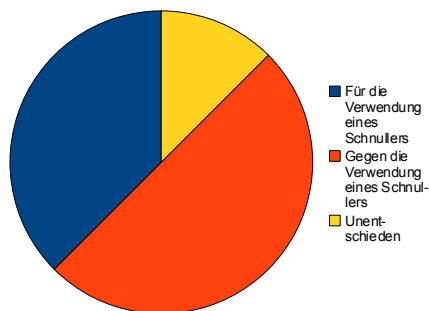
Insgesamt wurden 11 Kategorien deduktiv und 3 Kategorien induktiv ermittelt. Exemplarisch werden an dieser Stelle Kategorie 4 (*Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers*) und Kategorie 6 (*Umgang mit dem Schnuller*) dargestellt.

Kategorie 4: Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers

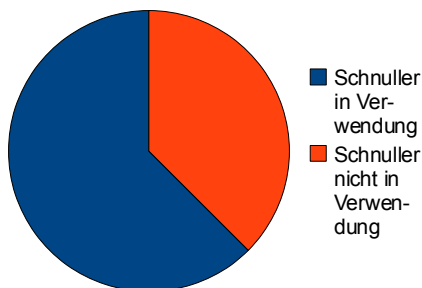
Definition:

In dieser Kategorie ist erfasst, wie sich die Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten bezüglich der Verwendung eines Schnullers generell entschieden hatten: ob sie den Schnuller prinzipiell verwenden wollten oder prinzipiell nicht verwenden wollten bzw. dann tatsächlich verwendeten.

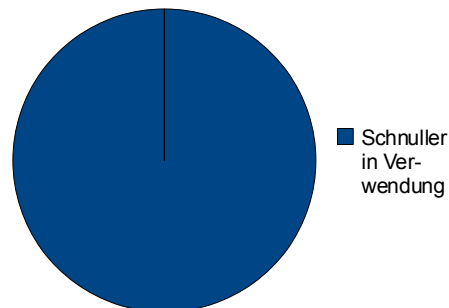
Graphische Darstellung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller*:



Vor der Geburt



Zeitpunkt 1 (auf der Wochenstation)



Zeitpunkt 2 (6-7 Wochen nach der Geburt)

Zusammenfassung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller*:

Vier Frauen gaben zum Messzeitpunkt 1 an, sich vor der Geburt gegen die Verwendung eines Schnullers entschieden zu haben. Als Gründe wurden die Angst vor Stillproblemen, das Problem des Entwöhnens, der Schnuller als etwas Künstliches sowie das Überwiegen negativer Assoziationen genannt. Eine Frau äußerte sich unentschieden und drei gaben an, sich schon vor der Geburt für den Schnuller entschieden zu haben. Als Gründe wurden Beruhigung und Vorteile für andere Betreuungspersonen genannt.

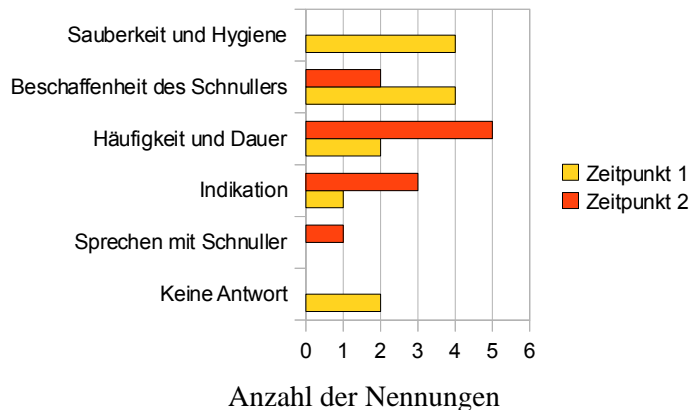
Zum Messzeitpunkt 1 hatten fünf Befragte den Schnuller für ihr Baby in Verwendung: die drei Frauen, die sich schon vor der Geburt dafür entschieden hatten und zwei der vier Frauen, die eigentlich keinen verwenden wollten, sich dann aber aufgrund des starken Saugbedürfnisses des Babys doch dafür entschieden hatten. Drei Frauen gaben ihren Babys den Schnuller direkt nach der Geburt nicht, erwähnten jedoch explizit, dass sie den Kinderkrankenschwestern die Verwendung auch nicht verboten hatten. Zum Zeitpunkt 2 gaben alle sieben zu diesem Zeitpunkt Befragten an, den Schnuller täglich in Verwendung zu haben.

Kategorie 6: Umgang mit dem Schnuller im Alltag

Definition:

Diese Kategorie vergleicht die Antworten der Versuchspersonen zu den zwei Interviewzeitpunkten auf die Frage, was im Umgang mit dem Schnuller im Alltag zu beachten ist bzw. worauf man im Alltag als Mutter Einfluss nehmen kann.

Graphische Darstellung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller* zu den zwei Messzeitpunkten:



Zusammenfassung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller*:

Als im Umgang mit dem Schnuller beachtenswert nannten zum Zeitpunkt 1 vier der befragten acht Mütter Sauberkeit und Hygiene. Nicht mehr genannt wurde dieses Item, das im Informationsfolder nicht thematisiert wird, zum Zeitpunkt 2. Die Beschaffenheit des Schnullers erwähnten zum Zeitpunkt 1 vier, zum Zeitpunkt 2 zwei Versuchspersonen. Während das Item Häufigkeit und Dauer zum Zeitpunkt 1 zwei Mal genannt wird, sind es zum Zeitpunkt 2 fünf der sechs Befragten, die den Folder gelesen hatten und diesen Punkt anführen. Die Indikation für die Schnullergabe für wichtig im Umgang erachten zum Zeitpunkt 1 eine, zum Zeitpunkt 2 drei Mütter. Dass es das Sprechen mit dem Schnuller im Mund zu vermeiden gilt, betont eine Versuchsperson zum Zeitpunkt 2. Keine Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit dem Schnuller konnten zum Zeitpunkt 1 zwei Versuchspersonen geben. Zum Zeitpunkt 2 wurde diese Frage von allen sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatten, beantwortet.

1.4. Diskussion

Interpretation des Ergebnisses zur Forschungsfrage

Dass das Lutschen am Schnuller negative Folgen auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen haben kann, gilt als unumstritten. Es liegt in der Natur der Sache, dass mehrere verschiedene Einflussfaktoren wie die Beschaffenheit des Schnullers, die Intensität und Art des Lutschens am Schnuller sowie auch die Dauer des Lutschens pro Tag, das Andauern der Lutschgewohnheit im Bezug auf das Lebensalter des Kindes, die Art der Säuglings- bzw. Kleinkindernahrung usw. zusammenwirken. Untersuchungen, die den Einfluss aller dieser Variablen direkt vergleichen, liegen derzeit nicht vor.

Trotz der bekannten Problematik gibt es derzeit keine einheitlichen Empfehlungen zum Schnullergebrauch von Seiten der Logopädie. Die Auswahl der logopädisch relevanten Informationen für den Informationsfolder stützt sich auf eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung in Pub Med und NML, auf Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten und bereits existierende Empfehlungen zum Schnullergebrauch, die als primär präventiv ausgerichtet beurteilt werden konnten: Saugen ist ein natürliches und v.a. für die Nahrungsaufnahme wichtiges Bedürfnis im Säuglingsalter. Es wird auf die Wichtigkeit des Stillens hingewiesen. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das Saugbedürfnis gestillt.

Umgekehrt ist jedoch für den Stillserfolg ebenso wichtig, dieses angeborene Saugbedürfnis des Babys zu nutzen. In puncto Schnullergebrauch wird die Wichtigkeit des verantwortungsbewussten Umgangs zur Vermeidung ungewünschter Schnullerfolgen wie Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechprobleme (untermauert mit Fotos typischer Schnullerfolgen) betont. Dauer und Häufigkeit wird thematisiert, ebenso der Unterschied zwischen der Befriedigung des Saugbedürfnisses und dem Entstehen einer Lutschgewohnheit. Es erfolgt bewusst keine Empfehlung für einen bestimmten Schnuller, sondern es wird darauf hingewiesen, dass auch sogenannte kiefergerechte, physiologische Schnuller bei zu langem und häufigem Gebrauch schaden können. Die Frage, ab wann der Schnuller gar nicht mehr verwendet werden soll, wird wiederum im Zusammenhang mit der physiologischen Entwicklung der Mundfunktionen erklärt. Wenn das Kind Zähne zum Beißen hat und kauen lernt, braucht es feste Nahrung und keinen Schnuller mehr. Es wird empfohlen, den Schnuller ab dem 8. bis 12. Lebensmonat gar nicht mehr zu geben.

Der Informationsfolder thematisiert einen *verantwortungsbewussten* Umgang. Damit soll signalisiert werden, dass es weniger um eine Ja oder Nein-Entscheidung sondern um eine informierte Entscheidung und ein Bewusstsein für die eigene Verantwortung im Umgang mit dem Schnuller geht.

Die hier dargestellten Überlegungen aus logopädischer Sicht müssen im Sinne der bestmöglichen Elternberatung im interdisziplinären Vergleich diskutiert werden: Die Sorgen und Ängste von Eltern rund um das Thema *Plötzlicher Kindstod* (Sudden Infant Death Syndrom, abgekürzt: SIDS) lassen verständlicherweise primärpräventive Bestrebungen aus logopädischer Sicht zweitrangig erscheinen. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erarbeiteten Empfehlungen an Eltern aus logopädischer Sicht stehen jedoch in keinem Widerspruch zur eigentlichen SIDS-Vorsorge. Die Wichtigkeit des Stillens wird von beiden Seiten betont. Aus Sicht der SIDS-Prävention stellt die Verwendung eines Schnullers eine Maßnahme neben vielen anderen, zum Teil bedeutend wichtigeren dar. Von einigen SIDS-Organisationen wird der Schnuller gar nicht erwähnt (Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland, e.V., 2010), andere empfehlen, den Schnuller dem Kind zum Einschlafen ab einem Lebensalter von einem Monat anzubieten, jedoch nicht aufzudrängen bzw. nachdem das Kind den Schnuller im Schlaf verloren hat, nicht nochmals in den Mund zu stecken (ISPID, International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death, 2010). Aus logopädischer Sicht ist der bewusste Umgang mit dem Schnuller besonders wichtig. Das Saugbedürfnis kann, wenn nötig, durch den Schnuller zusätzlich befriedigt werden, es soll jedoch vermieden werden, durch eine zu häufige und zu lange Verwendung eine Lutschgewohnheit entstehen zu lassen. Keinesfalls rechtfertigt die Sorge vor dem plötzlichen Kindstod die Verwendung des Schnullers über das erste Lebensjahr hinaus. In der Praxis ist die Situation oft die, dass Säuglinge und Kleinkinder an das Einschlafen mit Schnuller gewohnt sind, die Umstellung dem Kind und damit auch den Eltern schwer fällt und der Schnuller aus diesem Grund oft deutlich länger verwendet wird. In den meisten Fällen ist der Schnuller aber ja nicht nur (wie in der SIDS Empfehlung) zum Einschlafen in Gebrauch, sondern hat den ganzen Tag über einen wichtigen Stellenwert im Leben des Kindes.

Von Seiten der Kieferorthopädie gibt es unterschiedliche Empfehlungen zum Thema Schnuller. Die der deutschen *Initiative Kiefergesundheit (e.V.)* sind wie die im Rahmen dieser Arbeit aus logopädischer Sicht vorgeschlagenen primärpräventiv angelegt. Es wird die Wichtigkeit des Stillens zur Befriedigung des Saugbedürfnisses betont, die Werbung sowie die oft unreflektierte Einstellung zum Schnuller als typisches Babyzubehör kritisch gesehen und empfohlen, mit der Umstellung auf feste Nahrung den Schnuller nicht mehr zu verwenden. Empfehlungen von kieferorthopädischer bzw. zahnärztlicher Seite, die Lutschgewohnheiten verharmlosen (*American Dental Association, American Academy of Pediatric Dentistry, Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) bzw. das Entwöhnen vom Schnuller bzw. Daumen ab einem Alter von drei Jahren (*American Academy of Pediatric Dentistry*), vier Jahren (*American Dental Association*) bzw. spätestens mit sechs bis sieben Jahre (*Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) empfehlen, erscheinen der Autorin weder zeitgemäß noch dem Stand der Forschung entsprechend.

Die Suche nach konkret brauchbaren, theoretischen Erkenntnissen zur Informationsvermittlung in der Gesundheitskommunikation gestaltete sich schwierig. Der Versuch, eine systematische Literatursuche in Pub Med und NMH durchzuführen, brachte nicht die gewünschten konkret brauchbaren, auf die Gestaltung des Informationsfolders umlegbaren Informationen. Daher wurden schlussendlich die wenigen Veröffentlichungen zu Gesundheitspsychologie und Foldergestaltung sowie Lesbarkeitsforschung, die der Autorin zugänglich waren, verwendet. Die Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragen, wie die Informationen gestaltet sein müssen, erfolgte schlussendlich nicht systematisch.

Interpretation der Ergebnisse zur Forschungsfrage 2

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Untersuchung, die zur Erprobung des erarbeiteten Informationsfolders durchgeführt wurde, nicht repräsentativ.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die betroffenen Mütter einerseits zum Thema Schnuller schon vor der Geburt informiert hatten, andererseits aber auch, dass der untersuchte Informationsfolder von beinahe allen Befragten als hilfreich in der Meinungsbildung zum Schnuller empfunden wurde.

Die Botschaft, einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller anzuregen, ist bei den Befragten angekommen: die Mütter stellten im zweiten Interview, sechs bzw. sieben Woche nach Erhalt des Folders, auf die Frage, worauf sie als Mütter Einfluss nehmen können, Dauer und Häufigkeit der Schnullergabe sowie die Indikation für die Schnullergabe in den Vordergrund, während zum Zeitpunkt 1 (vor der Lektüre des Folders) die Beschaffenheit des Schnullers (deren Wichtigkeit von Herstellern, aber auch von Broschüren der SIDS Austria, betont wird) und die Sauberkeit und Hygiene (was von den Zahngesundheitserzieherinnen im Rahmen der Kariesprophylaxe direkt auf der Wochenstation vermittelt wird) vorrangig genannt wurden.

Was den Schnullergebrauch im Alltag betrifft, ist bemerkenswert, dass die Babys aller sieben Mütter, die sechs bzw. sieben Wochen nach der Befragung auf der Wochenstation nochmals befragt werden konnten, den Schnuller täglich in Verwendung hatten und die Wichtigkeit des Schnullers im täglichen Leben mit ihrem Baby von einigen Müttern dezidiert betont wurde (siehe induktiv gewonnene Kategorien). Bedauerlicherweise konnte jene Mutter, die sich bei der ersten Befragung am vehementesten gegen den Schnuller geäußert hatte, für eine Befragung sechs bzw. sieben Wochen später nicht mehr erreicht werden. Direkt nach der Geburt gaben vier der befragten acht Frauen an, sich vor der Geburt gegen einen Schnuller entschieden zu haben, eine Mutter berichtete, vor der Geburt noch unentschlossen gewesen zu sein. Mit der Geburt änderte sich für zwei der vier Mütter, die eigentlich keinen Schnuller wollten, die Situation: ihre Babys bekamen einen Schnuller, als Grund wurde das starke Saugbedürfnis des Kindes genannt.

An dieser Stelle muss die Situation auf der Wochenstation bedacht werden. Die Empfehlung, die z. B. die *American Association of Pediatrics* oder die *interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Klinik Innsbruck* bezüglich des Still Erfolgs gibt, nämlich den Schnuller erst einige Wochen nach der Geburt, wenn das Stillen gut etabliert ist, zu verwenden, wird in dem Krankenhaus, in dem die Befragung durchgeführt wurde, nicht gelebt. Der Schnuller ist präsent und stellt ein wichtiges Beruhigungsmittel dar.

Die Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag wurde von den Müttern auf Angaben zwischen einer halben Stunde und fünf Stunden geschätzt. Kritisch anzumerken ist, dass die Frage nicht präzise genug formuliert wurde, also nicht zwischen Tag und Nacht unterschieden bzw. nicht dezidiert nach Tag und Nacht gefragt wurde. In jedem Fall bleiben die Angaben subjektive Schätzungen der Mütter. Vergleicht man die subjektiv beurteilte Schnullerdauer pro Tag mit den Informationen über die Ernährung des Babys, bestätigt die vorliegende kleine Untersuchung groß angelegte Studien (Adair 2003) und logopädische Überlegungen (Furtenbach 2005) zum Thema Schnuller und Stillen. Das Baby, das nicht gestillt sondern nur mit der Flasche ernährt wurde, verwendete den Schnuller mit fünf Stunden pro Tag am längsten. Im Informationsfolder wird keine maximale Dauer pro Tag empfohlen, sondern darauf hingewiesen, die Indikation für die Schnullergabe kritisch zu hinterfragen und die Dauer zu begrenzen ist. Konkret empfohlen

wird jedoch, dass der Schnuller zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat, parallel zur Entwicklung der Nahrungsaufnahme, im besonderen zur Kauentwicklung, gar nicht mehr verwendet wird. Diese Information scheint bei den Versuchspersonen nur bedingt angekommen zu sein: die Mütter, die klare Altersangaben machten, benannten diese mit ein bis eineinhalb Jahre bzw. zwei Jahre. Andere wollten den Schnullergebrauch parallel zur Nahrungsaufnahme reduzieren bzw. nach dem Abstillen den Schnuller nach Bedarf verwenden. Die Antwort einer Mutter, den Schnuller dann eher nicht mehr geben zu wollen, wenn die ersten Zähne kämen, traf die Aussage des Informationsfolders am ehesten. In diesem Zusammenhang wäre es besonders interessant, die Mütter zu späteren Zeitpunkten (z. B. wenn die Kinder ein Jahr bzw. zwei Jahre sind) nochmals über den täglichen Umgang mit dem Schnuller zu befragen.

Risiken des Schnullergebrauchs konnten die Versuchspersonen zu beiden Interviewzeitpunkten aufzählen. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Nennung von Zahn- und Kieferfehlstellungen vor der Lektüre des Folders ist sehr wohl von einem Bewusstsein für das Problem auszugehen, jedoch muss bemerkt werden, dass die Qualität des Informationsstandes weniger zufriedenstellend ist. Auch nach der Lektüre hält sich bei einer Versuchsperson die Idee des kiefergerechten Schnullers hartnäckig. Dieses Ergebnis muss vor dem Hintergrund von Marketingbestrebungen der Schnullerproduzenten, z. T. in Zusammenarbeit mit der SIDS-Prophylaxe, gesehen werden, welche Eltern beim Schnullerkauf, in Elternzeitschriften und Babybroschüren begegnen und den gesunden, kiefergerechten, physiologischen etc. Schnuller bewerben. Insgesamt lassen die Aussagen der Versuchspersonen zum Zeitpunkt 2 auf eine Verbesserung der Qualität des Informationsstandes zum Thema Zahn- und Kieferfehlstellungen nach der Lektüre des zu untersuchenden Folders schließen.

Alternativen zum Schnuller, nach denen nicht explizit gefragt wurde, wurden von zwei Versuchspersonen genannt: zweimal wurde Zuwendung und einmal der Daumen genannt. Die Frage Schnuller oder Daumenlutschen wird auch bzw. gerade in logopädischen Kreisen, aber auch von Seiten der Kieferorthopädie oft pauschal so beantwortet, dass der Schnuller auf jeden Fall dem Daumen vorzuziehen sei, da dieser leichter wieder entwöhnt werden könne. Diese Diskussion muss in den Augen der Autorin differenzierter geführt werden. Furtenbach (2005) betont den Unterschied zwischen einer Daumenlutschgewohnheit und des normalen oralen Explorationsbedürfnisses im ersten Lebensjahr, im Rahmen dessen das Kind seine Finger, damit auch den Daumen, die ganze Hand, andere Körperteile sowie Gegenstände in den Mund nehme. Nicht jedes Lutschen am Daumen ist gleich eine Lutschgewohnheit und das frühe Gewöhnen an einen Schnuller mit der Begründung, das Daumenlutschen verhindern zu wollen, kann tatsächlich das Explorationsbedürfnis des Babys einschränken, wenn der Fremdkörper Schnuller über Stunden im Mund des Kindes ist.

Folgerungen

Der im Rahmen dieser Masterthesis erarbeitete Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller aus logopädischer Sicht steht in keinem direkten Widerspruch zu Empfehlungen zur SIDS-Vorsorge sowie zu präventiven Empfehlungen der Kieferorthopädie, sondern ergänzt das Informationsmaterial, das Eltern zu einer informierten Entscheidung und zu einem bewussten Umgang mit dem Schnuller verhelfen soll. Dem Stillen kommt sowohl in der SIDS-Vorsorge als auch in der Prävention von Lutschgewohnheiten eine wichtige Rolle zu.

Die Ergebnisse der Befragung der Mütter von Neugeborenen zeigen eine hohe Prävalenz, was den Schnullergebrauch anbelangt, sowie die Wichtigkeit des Schnullers aus Sicht der Mutter im täglichen Umgang mit dem Baby und bestätigen damit die Notwendigkeit, Eltern im Sinne der Primärprävention auf einen möglichst verantwortungsbewussten Umgang mit der Schnuller hinzuweisen und konkrete Empfehlungen zu geben. Die Kernaussage des Informationsfolders, auf Häufigkeit und Dauer sowie Indikation im Umgang mit dem Schnuller zu achten, scheint bei den Befragten angekommen zu sein, während dies für die Empfehlung, den Schnuller gegen Ende des ersten Lebensjahres nicht mehr zu verwenden, um eine Lutschgewohnheit zu verhindern, weniger zutrifft. Der Informationsfolder wurde von den Befragten positiv bewertet und größtenteils als hilfreich in der Meinungsbildung befunden. Daraus kann

der Schluss gezogen werden, dass der Informationsfolder als Informationsquelle von den Müttern akzeptiert wurde.

Eigenkritisches

Um verallgemeinerbare Aussagen über die Auswirkungen der Lektüre des Informationsfolders auf Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf ihren Wissensstand und ihren täglichen Umgang mit dem Schnuller zu erlauben, hätte die Untersuchung quantitativ höher angelegt werden müssen.

Weitere Kritikpunkte betreffen die Rahmenbedingungen, unter denen die Befragung durchgeführt wurden, Details in der Interviewführung (verpasste Gelegenheiten, genauer nachzufragen) sowie die inhaltliche Gestaltung des Interviewleitfadens in puncto Vergleichbarkeit zu beiden Messzeitpunkten.

Was die Auswahl der im Folder zu vermittelnden Informationen anbelangt, so ist kritisch zu hinterfragen, ob nicht ausführlicher auf Alternativen zur Schnullergabe im Sinne einer optimalen Förderung der Mundfunktionen im ersten Lebensjahr sowie Alternativen zur Beruhigung eines Säuglings eingegangen werden sollte.

Anregung zu weiterführender Arbeit

In einem ersten Schritt könnte der Informationsfolder überarbeitet werden: Besondere Beachtung sollte dabei denjenigen zu vermittelnden Informationen geschenkt werden, die bei den Versuchspersonen der vorliegenden Untersuchung nicht angekommen sind.

Eine größer angelegte, repräsentative Untersuchung zur Erprobung des (überarbeiteten) Informationsfolders wäre wünschenswert. Dieser könnten Überlegungen, wie die Zielgruppe möglichst gut zu erreichen wäre, vorausgehen.

Zur genaueren Erprobung des Informationsfolders wäre es hilfreich, wenn die Befragung der Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten (z. B. kurz nach der Geburt, wenn das Kind sechs Monate, ein Jahr bzw. zwei Jahre alt ist) durchgeführt werden könnte.

Der Ansatz, Informationen in schriftlicher Form (Folder) zu vermitteln, stellt natürlich nur eine Möglichkeit der Primärprävention dar. Wünschenswert wäre es auch, andere Möglichkeiten (z. B. Vorträge im Rahmen von Schwangerschaftsvorbereitungskursen, logopädische Sprechstunden in Zusammenarbeit mit Mütterberatungsstellen usw.) durch zu denken, zu planen und deren Umsetzung wissenschaftlich zu untersuchen.

Der im Rahmen dieser Arbeit erarbeitete Informationsfolder zur Primärprävention von Lutschgewohnheiten könnte durch einen Informationsfolder für Eltern von Kindern, die bereits eine Lutschgewohnheit entwickelt haben, ergänzt werden (Sekundärprävention).

Das Thema des verantwortungsbewussten Umgangs mit dem Babyfläschchen, das eng mit dem Thema Schnuller verknüpft ist und viele Kinder mit Lutschgewohnheiten berührt, könnte ebenfalls im Sinne der Primärprävention von myofunktionellen Störungen (ergänzend zur Prävention von Nuckelflaschenkaries) aufgearbeitet werden. Es könnte auch eine Aufnahme der Thematik in den Informationsfolder zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller diskutiert werden: einerseits ist die Thematik eng verwandt, andererseits sollte das Thema nicht nur kurz bzw. am Rande behandelt werden.

1.5. Literatur

American Academy of Pediatrics. Thumbs, fingers and pacifiers- Guidelines for parents. <http://www.aap.org/publiced/BR_Thumbs.htm> (Stand Juni 2006; Abruf 19.7.2009 MEZ)

American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD Publications. <<http://www.aapd.org/publications/brochures/tfphabits.asp>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

American Association of Orthodontics. When should I start?. <<http://www.braces.org/learn/When-Should-I-Start.cfm>> (Stand 20.5.2009; Abruf 19.7.2009 MEZ)

American Dental Association. Thumbsucking. <<https://www.ada.org/public/topics/thumbsucking.asp>> (Stand August 2007; Abruf 19.7.09 MEZ)

Adair S. M.: Pacifier use in children: a review of recent literature, in: Pediatric Dentistry, vol. 25, 2003, pp. 449-458.

Clausnitzer R.: Kieferorthopädische Grundlagen für Logopäden und Sprachtherapeuten, 2. Auflage. Verlag modernes lernen, Dortmund 2006.

Codoni S.: Orofaziale Dyskinesie und myofunktionelle Therapie aus ganzheitlicher Sicht, in: GZM - Praxis und Wissenschaft, 9. Jg., 2004, Heft 4, S. 2-8.

Furtenbach M.: Das Märchen vom kiefergerechten Schnuller in: Codoni S.: HABITS -eine interdisziplinäre Annäherung, Berichte vom 12. Europäischen Kongress für myofunktionelle Therapie. Eigenverlag Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie e.V., Basel 1999.

Furtenbach M.: Sauger und Schnuller: Logopädische Aspekte, in: Hebammen*info*, 2005, Heft 5, S. 11-18.

GEPS: Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland (e.V.). <http://www.geps.de/cms/front_content.php?path=Der-Plötzliche-Saeuglingstod/Das-Risiko-senken/> (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Giel B.: Orofaziale Dysfunktionen, in: Siegmüller J., Bartels H.: Leitfaden, Sprache Sprechen Stimme Schlucken, 1. Auflage. Urban & Fischer, München 2006.

Grabowski R., Stahl F., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellem Status im Milch- und frühen Wechselgebiss, Teil I: Häufigkeit von Gebissanomalien, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Nr. 68, 2007, S. 26- 37.

Hahn V.: Prävention und Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien- Ein Beitrag zur kieferorthopädischen Prophylaxe, in: GZM- Praxis und Wissenschaft, 7. Jg., 2002, S. 16-20.

Hensel E., Splieth C.: Gesundheitszustand, Morphologie und Funktion der 1. Dentition, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Nr. 53, 1998, S. 398-402.

Initiative Kiefergesundheit e.V. (IKG).<<http://www.milchzahnseite.de/>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller: Anforderungen an einen Beruhigungssauger am Department für Kinder- und Jugendheilkunde der Universitätsklinik für Pädiatrie, Innsbruck. <<http://www.all4family.at/index.php?region=3&content=4337>> (Stand Dezember 2008; Abruf 1.5.2010 MEZ)

ISPID: International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death. <http://www.ispid.org/prevention.html> (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Kittel A. M.: Myofunktionelle Therapie, 5. Auflage. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2000.

Larsson E.: Artificial Sucking Habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 20, 1994, pp. 10-21.

Larsson E.: Artificial Sucking Habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 20, 1994, pp. 10-21.

Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse, 10. Auflage. Beltz-Verlag, Weinheim 2008.

Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie. <http://www.swissortho.ch/action=120_20> (Abruf 1.5.2010)

Sexton S., Natale R.: Risks and Benefits of Pacifiers, in: American Family Physician, vol.79, 2009, pp. 681-685.

SIDS Austria Steiermark (Hrsg.): Vorsorgeinitiative gegen Plötzlichen Kindstod. Nimm das Schicksal in die Hand. Broschüre ohne Angabe des Erscheinungsjahres, erhalten am 5.3.10 von der Firma MAM auf dem Logopädiekongress (Im Gespräch 2010) in Innsbruck.

Stahl F., Grabowski R., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofaziale myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss; Teil II: Häufigkeit von orofazialen Dysfunktionen, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Vol. 68, 2007, S. 74-90.

Viggiano D., Fasano D., Monaco G., Strohmenger L.: Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition, in: Archives of Disease in Childhood, vol. 89, 2004, pp. 1121-1123.

Warren J.J., Bishara S.E.: Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition, in: American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics, vol. 121, 2002, pp. 347-356.

Zardetto C.G., Rodrigues C.R., Stefani F.M.: Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children, in : Pediatric Dentistry, vol. 24, 2002, pp. 252-260.

2. EINLEITUNG

2.1. Ausgangslage

Repräsentative Reihenuntersuchungen an Kindern im Milch- und Wechselgebiss haben gezeigt, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen weit verbreitet sind (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Laut einer Studie des Instituts des zahnärztlichen Dienstes im Jahr 1991 (Clausnitzer 2006, S. 32) erhielten 60% der dreizehn- bis vierzehnjährigen Jugendlichen in Deutschland aufgrund einer Gebissanomalie eine kieferorthopädische Behandlung.

Bei einem großen Anteil der Kinder mit Zahn- und Kieferfehlstellungen liegt eine orofaziale Dysfunktion vor (Hensel und Splieth 1998, Stahl et al. 2007). Orofaziale Dysfunktionen sind definiert als „Störungen des Muskeltonus, der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex, die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen“ (Giel 2006, S. 408). Es wird von einem multifaktoriellen Ursachengefüge für die Entstehung einer orofazialen Dysfunktion ausgegangen. Neben Kiefer- und Zahnstellungsanomalien (welche wiederum genetisch bedingt, angeboren bzw. erworben sein können) werden u.a. habituelle Ursachen wie Lutschgewohnheiten und ungünstige Säuglings- und Kleinkindernährung genannt (Kittel 2000, Giel 2006).

Dass das habituelle Lutschen am Schnuller bzw. am Daumen (und/oder anderen Fingern und Gegenständen) einen negativen Einfluss auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen haben kann, haben zahlreiche Studien (Larsson 1994, Adair et al. 1995, Karjalainen et al. 1999, Warren und Bishara 2002, Adair 2003, Charchut 2003, Viggiano 2004, Warren et al. 2005, Bishara et al. 2006, Vazquez-Nava et al. 2006, Peres et al. 2007, Scavone et al. 2007, Gois et al. 2008, Heimer et al. 2008, Sexton und Natale 2009) sowie die logopädische Praxis gezeigt. Ein Großteil der Kinder, die aufgrund einer orofazialen Dysfunktion bzw. einer phonetischen Artikulationsstörung vorgestellt und behandelt werden, hat eine Lutschgewohnheit, oder die Eltern geben bei der Anamnese an, dass das Kind bis ins Kleinkind- bzw. Vorschulalter am Schnuller (bzw. am Daumen oder an anderen Fingern) gelutscht hat (siehe auch Furtenbach 2005).

In der praktischen logopädischen Arbeit wird beobachtet, dass viele Eltern wenig über die Risiken einer über die Säuglingszeit hinausgehenden Lutschgewohnheit zu wissen scheinen bzw. zu spät über Zusammenhänge informiert werden, nämlich erst wenn sich die Gewohnheit manifestiert und orofaziale Dysfunktionen bzw. Zahn- und Kieferfehlstellungen diagnostiziert werden (siehe auch Furtenbach 1999). Eltern praktizieren einen unreflektierten Umgang mit dem Schnuller (bzw. anderen Lutschobjekten ihrer Kinder), sodass die Kinder über die Säuglingszeit hinaus lutschen. Oft wird der Schnuller (bzw. der Daumen oder andere Lutschgegenstände) nicht nur zur Beruhigung und zum Einschlafen verwendet, sondern ist ein ständiger Begleiter im Leben des Kindes (siehe auch Furtenbach 1999, 2005).

In der logopädischen und kieferorthopädischen Fachliteratur sind Forderungen nach Prävention lutschbedingter Zahn- und Kieferfehlstellungen und orofazialer Dysfunktionen zu finden (siehe Furtenbach 1999, Hahn 2002, Codoni 2004, Stahl et al. 2007). Die tatsächlich publizierten Empfehlungen an Eltern zum Thema Schnuller bzw. Lutschgewohnheiten von zahnärztlicher bzw. kieferorthopädischer und kinderärztlicher Seite gehen weit auseinander und reichen von Empfehlungen, die im Sinne der Primärprävention darauf abzielen, das Entstehen einer Lutschgewohnheit möglichst zu verhindern (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller, Universitätsklinik Innsbruck 2008, Initiative Kiefergesundheit e.V. 2010) bis zu Aufforderungen an Eltern, Lutschgewohnheiten im Kleinkind- und Vorschulalter zu ignorieren und erst nach dem Zahnwechsel eine Entwöhnung des Schnullers bzw. Daumens anzustreben (Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie 2010).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer Möglichkeit der Primärprävention. Es wird die Frage bearbeitet, welche Informationen ein aus logopädischer Sicht gestalteter Informationsfolder für Eltern von

Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller beinhalten muss und wie diese Informationen aufbereitet sein müssen. Das Ergebnis ist ein fertig ausgearbeitet Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen, der im Rahmen einer nicht repräsentativen qualitativen Untersuchung an acht Müttern von Neugeborenen erprobt wurde.

Da es derzeit keine einheitlichen, eindeutigen Empfehlungen zum Schnullergebrauch aus logopädischer Sicht gibt, wurden bei der Gestaltung des Folders einerseits der aktueller Stand der Schnullerforschung, Wissen über die physiologische Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie Wissen über die Ätiologie von Lutschgewohnheiten und andererseits bereits publizierte Präventionsansätze bzw. Empfehlungen berücksichtigt.

2.2. Medizinische Grundlagen

2.2.1. Wechselwirkung von Form und Funktion im stomatognathen System

Das Zahn- Mund- und Kiefer-System wird als funktionelle Einheit gesehen. Zwischen der Morphologie der oralen Strukturen und der Funktion der Weichteile besteht ein ursächlicher Zusammenhang. Form und Funktion stehen in Wechselbeziehung und beeinflussen sich gegenseitig. Die orofazialen Funktionen werden in primäre und sekundäre Funktionen unterteilt. Zu den Primärfunktionen zählen die Atmung, das Saugen, das Beißen, das Kauen und das Schlucken. Die Sekundärfunktionen sind die Artikulation und die Phonation. Die Primär- und Sekundärfunktionen werden durch Größen- und Formveränderungen der Strukturen im Ansatzrohr beeinflusst, andererseits beeinflussen abweichende Bewegungsmuster der mimischen Muskulatur sowie der Zungen- und Kaumuskelatur die Morphologie des Mundraums und die Zahn- und Kieferstellung. Habits werden in diesem Modell wie auch der Bruxismus und andere Dyskinesien zu den Parafunktionen gezählt, welche wiederum die Entstehung von Dysfunktionen (Mundatmung, Zungenpressen, orofaziales Muskelungleichgewicht, Störungen der Artikulation) begünstigen können.

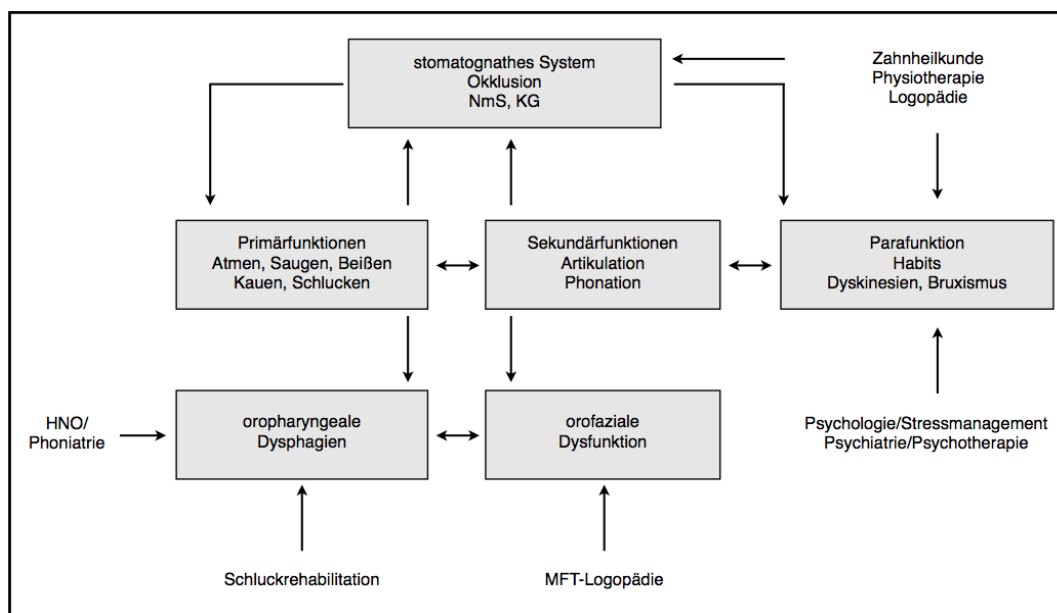


Abb. 1: „Beziehungen und Wechselbeziehungen im stomatognathen System“ aus: Bigenzahn 2003, S. 1; Abkürzungen: HNO= Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, MFT= Myofunktionelle Therapie, NmS= Neuromuskuläres System, KG= Kiefergelenk.

Aus funktioneller Sicht wird die orofaziale Muskulatur in einen äußeren und inneren Funktionskreis gegliedert. Zu den Muskeln des äußeren Funktionskreises zählen die mimische Muskulatur, die Mundmuskulatur (mit dem Musculus orbicularis oris, dem Musculus buccinator und dem Musculus

mentalis) und die Kaumuskulatur. Die Zungenmuskulatur, die Mundbodenmuskulatur sowie die Gaumensegelmuskulatur bilden den inneren Funktionskreis der orofazialen Muskulatur (Tränkmann 1997, Bigenzahn 2003, S. 1f).

2.2.2. Zahn- und Kieferfehlstellungen

Klassifizierung

Abweichende Beziehungen der Zahnreihen vom normalen Okklusionsschema (auch Euginathie genannt) werden als Dysgnathien, Gebissanomalien oder Zahn- und Kieferfehlstellungen bezeichnet. Auf die umfassende Darstellung der Klassifikation der Gebissanomalien wird an dieser Stelle verzichtet. Ausgewählte Zahn- und Kieferfehlstellungen, die im Zusammenhang mit Lutschgewohnheiten und orofazialen Dysfunktionen, eine besondere Rolle spielen, werden kurz beschrieben:

Bei der ausgeprägten sagittalen Schneidekantenstufe (Angle-Klasse II/1) ist der Abstand zwischen den Schneidekanten der oberen und unteren Schneidezähne in sagittaler Richtung vergrößert. Dies wird auch als vergrößerter Overjet bezeichnet. Da diese Fehlstellung häufig die Folge einer Lutschgewohnheit ist, wird sie auch als Lutschprotrusion bezeichnet.

Der Kreuzbiss, auch laterale Okklusionsstörung genannt, bezeichnet eine Störung der Verzahnung im Seitenzahnbereich, bei der die bukkalen Höcker der oberen Seitenzähne die bukkalen Höcker der unteren Seitenzähne nicht wie bei der Normalokklusion umgreifen, sondern in die Längsfissur der unteren beißen. Es wird zwischen einem ein- und einem beidseitigen Kreuzbiss unterschieden.

Von einem offenen Biss wird gesprochen, wenn beim Zubeißen der Zähne ein Abstand zwischen oberer und unterer Zahnreihe besteht. Besteht dieser Abstand im Frontzahnbereich wird dies als frontal offener Biss bezeichnet, ein solcher Abstand im ein- oder beidseitigen Seitenzahnbereich heißt lateral offener Biss (Kittel 2002 S. 35, Clausnitzer 2006, S. 35 ff.).

Prävalenz

Clausnitzer (2006, S. 32) gibt die Häufigkeit der Gebissanomalien bei Kindern im Alter von 9 bis 11 Jahren (welche als die Altersgruppe, in der vorwiegend eine kieferorthopädische Behandlung begonnen wird, genannt wird) mit 65% an und zitiert eine Studie des Instituts der deutschen Zahnärzte aus dem Jahr 1991, nach der 60% der dreizehn bis vierzehnjährigen Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland eine kieferorthopädische Behandlung erhalten.

Eine repräsentative Studie (Stahl et al. 2007) an 3041 Kindern im Alter von 3 bis 9 Jahren ergab, dass 74,7% aller Kinder mit Milchgebiss und 92,7% der Kinder mit Wechselgebiss Gebissanomalien aufweisen. Gleichzeitig zwei oder drei Gebissanomalien wurden bei knapp 60 % der Kinder mit Milchgebiss und bei beinahe der Hälfte der Kinder mit Wechselgebiss diagnostiziert.

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei Robke (2008), der bei 75,1% der 434 untersuchten Vorschulkinder im Alter von zwei bis sechs Jahren eine oder mehrere Gebissanomalien im Milchgebiss feststellte.

Hensel und Splieth (1998) untersuchten im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung 521 fünf- bis sechsjährige Kinder und fanden eine Dysgnathieprävalenz von 69,3%.

Ursachen

Die Frage nach der Ätiologie von Kiefer- und Zahnfehlstellungen wird in der Kieferorthopädie seit jeher kontrovers diskutiert. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kommt der Ursachenforschung insofern eine besondere Bedeutung zu, als dass die Kenntnis der Ätiologie die Grundlage für präventive Bemühungen darstellt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts herrschte die Meinung vor, dass Umweltfaktoren einen großen Einfluss auf die Kiefer- und Zahnentwicklung hätten. Mitte des 20. Jahrhunderts, als das Wissen über

Genetik zu genommen hatte, wurde allgemein die gegenteilige Position, nämlich, dass Zahn- und Kieferfehlstellungen größtenteils erblich bedingt seien, vertreten (Proffit 1986). Heute wird davon ausgegangen, dass den meisten Gebissanomalien ein multifaktorielles Ursachengefüge zugrunde liegt, an deren Entstehung sowohl Vererbung als auch Umwelt beteiligt sind. Clausnitzer (2006) beschreibt „die Morphologie des menschlichen Gebisses“ als „Ergebnis vielfältiger Umwelteinflüsse auf der Basis eines anlagebedingten bzw. ererbten Grundmusters“ (S. 25).

Hinz (1989) spricht von 20% erblich bedingter Kieferanomalien (Deckbiss, Progenie, Über- und Unterzahl von Zähnen), 30% Mischung aus endogenen und exogenen Einflüssen und 50% erworbenen Zahn- und Kieferfehlstellungen (zitiert bei Voß 2007, S. 8).

Schopf (1981) gibt den Anteil exogener Einflüsse an der Entstehung von Gebissanomalien mit 44,3% an. Diese exogenen Faktoren setzen sich aus vorzeitigem Milchzahnverlust durch Karies (22,9%), dem Vorkommen von Habits (18,5%), frühzeitig entfernten bleibenden Zähnen (1,7%) und traumatischen Verlusten bleibender Zähne (1,1%) zusammen.

Die häufig im Milchgebiss auftretenden Dysgnathieformen, der offene Biss, die vergrößerte sagittale Schneidekantenstufe sowie der Kreuzbiss gehen nach Untersuchungen von Müßig (1991), Hensel und Splieth (1998), Stahl et al. (2007) bei einer großen Zahl von Kindern mit orofazialen Fehlfunktionen wie Lippen- und Zungenfehlfunktionen und Artikulationsstörungen (Sigmatismen, multiple Interdentalität) einher (Stahl et al. 2007, Hensel und Splieth 1998, Müßig 1991 zitiert bei Römermann 2002, S. 14).

Proffits Untersuchungen (1986) an kieferorthopädischen Patienten (die mit nicht festsitzenden Apparaturen behandelt wurden) und an Tieren, zeigten, dass Druck bzw. mechanische Kräfte für vier bis sechs Stunden pro Tag einwirken müssen, um einen signifikanten Effekt auf die Zahn- und Kieferentwicklung zu erzielen. Wichtig erscheint auch die Feststellung, dass nicht das Ausmaß sondern die Dauer der Druckeinwirkung den wichtigsten Faktor bezüglich der Auswirkungen auf die Kiefer- und Zahnentwicklung darstellt. Aus den Erkenntnissen bezüglich der Wichtigkeit der Dauer der Druckeinwirkung erklärt sich auch, dass der Druck, den Lippen und Zunge ausüben, nicht im besonderen in Bezug auf die Funktionen Schlucken, Sprechen und Kauen sondern v.a. in der Ruhelage relevant ist. Die Art der Atmung (Nasatmung oder Mundatmung) kann einen Einfluss auf die Kiefer- und Zahnentwicklung haben, weil die Haltung der beteiligten Strukturen beim Atmen ihrerseits Einfluss auf die Ruhelage von Lippen und Zunge nimmt. Laut Proffit gilt als gesichert, dass komplette nasale Obstruktion, die keine Nasatmung mehr zulässt, die Kieferentwicklung deutlich beeinflusst und zu Zahn- und Kieferfehlbildungen führt. Weit häufiger als die komplette nasale Obstruktion, welche kaum vorkommt und daher in diesem Zusammenhang nicht relevant ist, ist die partielle eingeschränkte Nasatmung. Es wird vermutet, dass Mundatmung zu einer veränderten Kopf- und Kinnhaltung führt. Untersuchungen haben gezeigt, dass Mundatmung die Zahn- und Gesichtsproportionen beeinflussen kann, indem sich die Druckeinwirkung der orofazialen Muskulatur (Lippen, Wangen, Zunge) auf die Zähne (aufgrund der Mundatmung) verändert.

Dies bestätigt auch eine aktuelle Untersuchung zum Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss (Stahl et al. 2007), nach welcher die habituelle Mundatmung signifikant häufiger bei Kindern mit vergrößerter sagittaler Schneidekantenstufe, frontal offenem Biss, seitlichem Kreuzbiss und Progenie auftritt.

Zusammengefasst hält Proffit fest, dass Umweltfaktoren dann einen Einfluss auf die Zahn- und Kieferentwicklung haben, wenn die dafür notwendigen veränderten Druckverhältnisse bzw. Druckeinwirkungen lange genug andauern. So betrachtet er orale Gewohnheiten (Habits), welche über mehrere Stunden täglich bestehen und zu myofunktionellen Störungen mit einer veränderten Ruhelage der Lippen (Mundatmung) und Zunge (interdentale Zungenruhelage) führen, als ursächlichen Faktor für Gebissanomalien (Proffit 1986).

2.2.3. Orofaziale Dysfunktionen

Definition

Mit orofazialen Dysfunktionen, die in der Literatur auch orofaziale/ orofaciale Dyskinesien, myofunktionelle Störungen (MFS), orofaziale Störung, Myofunctional Disorder bzw. Orofacial Disorder genannt werden, werden Störungen der Muskelfunktion, des Muskeltonus und/ oder der harmonischen Bewegungsabläufe im orofazialen Bereich bezeichnet (Hahn 2002, S. 16, Giel 2006, S. 408).

Klinische Symptome

Bigenzahn (2003, S. 26) nennt folgende klinische Symptome:

inkompetenter Lippenschluss, weiche Lippenstruktur, Mundatmung, Zungenprotrusion, interdente Zungenruhelage, vermehrter Speichelfluss, periorale Ekzeme, Grimassieren beim Schlucken, orofaziales Muskelungleichgewicht, abweichende Unterkieferbewegungen, Dysgnathien, Störungen der Artikulation, anteriores/ laterales Zungenpressen, ausgeprägte Rugae palatinae, hoher, enger Gaumen.

Prävalenz

Stahl et al. (2007) berichten in ihrer repräsentativen Untersuchung an 3041 Kindern im Alter von drei bis neun Jahren, dass bei 61,6% der Kinder im Milchgebiss und 80,8% der Kinder im Wechselgebiss mindestens eine Funktionsstörung diagnostiziert wurde. Nahezu jedes 4. Kind im Milchgebiss und jedes 3. Kind im Wechselgebiss wies gleichzeitig drei oder mehr Funktionsstörungen auf.

Bei einer Untersuchung an 521 Schulanfängern in Greifswald (Hensel und Splieth 1998) wurden bei 43,6% der Kinder ein inkompetenter Lippenschluss, bei 41,8% eine interdente Zungenlage beim Schlucken, bei 25% ein Sigmatismus und bei 21,9% eine multiple Interdentalität festgestellt.

Untersuchungen von Müßig (1990) an 268 Säuglingen und Kleinkindern ergaben bei 40% der Kinder Kieferfehlbildungen bzw. orofaziale Dysfunktionen (zitiert nach Hahn 2002, S. 16 f.).

Meilinger (1999, zitiert nach Hahn 2002, S. 17) diagnostizierte im Rahmen einer Reihenuntersuchung an 105 Vorschulkindern bei 61,4% ein ausgeprägtes Zungenpressen. Bei 19,8% der Kinder lagen komplexe myofunktionelle Störungen vor.

Hahn V. (2002, S. 17) zitiert weiters Studien von Hanson und Hahn H., aus welchen hervorgeht, dass bei etwa einem Drittel der Bevölkerung orofaziale Dysfunktionen lebenslang bestehen bleiben und diese in jeder Lebensphase zu Beschwerden (wie z. B. Kiefergelenkerkrankungen) führen können.

Ursachen

Orofaziale Dysfunktionen treten selten isoliert auf, so wird auch von einem multifaktoriellen Ursachengefüge ausgegangen. Folgende ätiologische Faktoren werden in der Literatur u. a. genannt:

Kiefer- und Zahnstellungsanomalien

Diese können wiederum genetisch determiniert, angeboren bzw. erworben sein können. Eine Ursache für eine orofaziale Dysfunktion kann eine Kiefer- bzw. Zahnfehlstellung dann darstellen, wenn die Zunge sich Richtung Problemstelle orientiert (z. B. in Richtung frontal offenem Biss) und eine physiologische Zungenruhelage bzw. ein gaumengerichtetes Schluckmuster dadurch nicht mehr gegeben ist. Neben der Zungenmuskulatur können auch andere Muskelgruppen betroffen sein, z. B. wenn der physiologische Lippenschluss aufgrund einer Kiefer- bzw. Zahnfehlstellung nicht möglich ist und es so zu einer pathologischen Mundatmung kommt (Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S. 16, Giel 2006, S. 412f.).

Ungünstige Säuglings- und Kleinkindernahrung

Ein falsch erlerntes Schluckmuster im Rahmen der Flaschenernährung kann die Entwicklung einer orofazialen Dysfunktion begünstigen. Eine besondere Bedeutung kommt der Beschaffenheit des Flaschensaugers zu. Oft wird ein Sauger mit zu kleinem Durchmesser für die Lippenauflage verwendet, dies resultiert in einer zu geringen Lippenspannung, die Lippen bleiben während des Trinkens passiv. Ein zu

großes Saugloch führt dazu, dass der Säugling mit der Zunge den zu starken Nahrungsfluss bremsen muss. So erwirbt der Säugling den vorwärts gerichteten Zungenstoß (tongue thrust). Wird die Flasche zu lange verwendet bzw. das Kind nicht an das Trinken aus der Tasse gewöhnt und wird vorwiegend zu weiche Nahrung, die das Kauen nicht genügend stimuliert, angeboten, wirkt sich dies ungünstig auf die Funktion der orofazialen Muskulatur aus (Kittel 2000, S. 38f., Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S. 19, Bigenzahn 2003, S. 29, Furtenbach 2005, S. 15, Giel 2006, S. 412f.).

Habituelle Ursachen

Das Lutschen am Daumen, an anderen Fingern bzw. am Schnuller (und anderen Gegenständen) kann u.a. zu einem frontal offenem Biss führen (siehe auch 4.1. Untersuchungen zum Thema Schnuller). Die Zunge nimmt ihre Ruhelage in der entstandenen Öffnung ein, ebenso kann ein falsches Schluckmuster aufrecht erhalten, neu provoziert und manifestiert werden (Kittel 2002, S. 41, Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S.18).

Mundatmung

Ist die Nasenatmung durch gehäuft auftretende Infekte, allergische Rhinopathien, vergrößerte Andenoide oder Tonsillen, Septumdeviationen usw. behindert, kann die resultierende Mundatmung zu einer Erschlaffung der Zungen- und der gesamten Gesichtsmuskulatur führen (Kittel 2002, S. 44, Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S. 16, Bigenzahn 2003, S. 29).

Ankyloglossie

Ein angeborenes verkürztes bzw. angewachsenes Zungenbändchen kann Funktionseinschränkungen (Probleme beim Stillen bzw. Saugen, keine physiologische Zungenruhelage, das Zungenvorderteil erreicht den Gaumen beim Schlucken nicht, Beeinträchtigungen bei der Artikulation) bewirken (Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S. 16f., Bigenzahn 2003, S. 29).

Neuropädiatrische und neurologische Erkrankungen

Dazu zählen zerebrale Bewegungsstörungen, neuromuskuläre Erkrankungen, fortschreitende Erkrankungen sowie Schädel-Hirn-Traumata, Schlaganfälle und Tumoren (Fischer-Voosholz, Spenthof 2002, S. 17, Giel 2006, S. 412).

Syndromerkrankungen

Im Rahmen von Syndromerkrankungen wie z. B. Down-Syndrom, Pierre-Robin-Sequenz und Goldhaar-Syndrom können orofaziale Dysfunktionen auftreten (Bigenzahn 2003, S. 30, Giel 2006, S. 413).

Hahn (2002) betont, dass orofazialen Dysfunktionen meist keine neurologischen Schädigungen sondern allgemeine Reifungsdefizite oder Entwicklungsrückstände zugrunde liegen. Sie argumentiert, dass kulturelle und soziale Normen die Entwicklung der orofazialen Funktionen beeinflussen. So vermutet sie, dass das „Schönheitsideal der offenen Mundhaltung mit sinnlichem Schmolmund und überdehnter Kopfhaltung“ (S. 19) unbewusst auf die Mundfunktionen wirken. Weiters nennt sie kurze Stillzeiten und Trends, Kinder jahrelang mit der Flasche bzw. mit wenig fester Nahrung zu ernähren als Gründe für Entwicklungsrückstände im Bereich der Mundmotorik.

Stahl et al. (2007) regen an, dass neben Infekten der oberen Atemwege im Vorschulalter die Folgen moderner Lutsch- und Trinkgewohnheiten als Störfaktoren für die mundmotorische Entwicklung diskutiert werden müssen.

2.2.4. Das Lutschphänomen

Das gewohnheitsmäßige Lutschen am Daumen bzw. anderen Fingern oder Gegenständen, wie dem Schnuller, zählt neben anderen Gewohnheiten wie u. a. dem Nägel Kauen, Lippen Lecken oder Saugen zu den Oralen Habits, die auch schädliche Gewohnheiten im orofazialen Bereich oder Dyskinesien genannt werden. Orale Habits bezeichnen „unwillkürliche Bewegungen im orofazialen Bereich, die sich gegenüber neurogen bedingten Bewegungsstörungen, beispielsweise epileptogenen Ursprungs, abgrenzen“ (Codoni, Hostettler 2008, S. 6).

Prävalenz

Zur Häufigkeit von oralen Habits finden sich in der Literatur folgende Angaben:

Duncan et al. (2008) fanden in einer Longitudinal-Studie an britischen Kindern, dass 63,2% der 15-Monate alten Kinder eine Lutschgewohnheit (37,6% Schnuller, 22,8% Finger) hatten. Im Alter von 36 Monaten lag die Prävalenz bei 40%.

Stahl et al. (2007) berichten, dass von den 3041 untersuchten Kindern 28,6% der Kinder im Milchgebiss und 46,6% der Kinder im Wechselgebiss orale Habits (Fingernägel Kauen, Daumen Lutschen, Beruhigungssauger [Schnuller], andere Lutschgegenstände, Lippen Beißen, Lippen Saugen, Lippenpressen, Wangen Saugen, Stifte Kauen) angaben. Die Häufigkeit nahm vom Milch- zum Wechselgebiss statistisch signifikant zu (28,6% vs. 46,6%). Das Lutschhabit (Lutschen am Daumen, Schnuller und anderen Gegenständen) war mit 26,9% am häufigsten bei Kindern im Milchgebiss. Während dieses Lutschen im Wechselgebiss abnimmt (auf 4,7%) ist die Zunahme der autoaggressiven Habits (Fingernägel Kauen, Lippen Beißen, Lippen Saugen) von 38,9% im Milchgebiss auf 59,2% im Wechselgebiss (innerhalb der Gruppe der Habits) beachtlich. Die Autoren merken kritisch an, dass sich diese Zahlen auf Angaben der untersuchten Kinder stützen und anamnestische Angaben der Eltern zum Thema Habits fehlen.

Laut Poyak (2006) erhalten 75 bis 85% aller Kinder in westlichen Ländern einen Schnuller (ohne Altersangabe).

Largo (1999, S. 463f.) zitiert eine Untersuchung von Peters (1989) in der Schweiz, derzufolge in den ersten 24 Lebensmonaten nahezu alle Kinder lutschen. Dieser Untersuchung zufolge verwendeten 80% einen Schnuller, knapp 20% lutschten am Daumen oder an anderem. Die Häufigkeit nimmt dann langsam ab, im dritten und vierten Lebensjahr lutschten noch mehr als die Hälfte der Kinder und im Alter von 5 Jahren sind es noch 35%, mit 7 Jahren noch 5% der Kinder.

Hensel und Splieth (1998) berichten einen Prozentsatz von Lutschern von 12,9% in der Altersgruppe der fünf bis sechsjährigen Kinder.

Larsson (1994) gibt die Häufigkeit des Lutschens in der Altersgruppe der zwei bis vierjährigen Kinder mit 70% an.

Eismann und Mender (1992) stellen im Rahmen einer prospektiven Studie an 202 Kinder bei 91,6% der untersuchten Zweijährigen eine Lutschgewohnheit fest (12,4% Daumen- oder Fingerlutscher, 79,2% verwendeten einen Schnuller). 8,4% hatten keine Lutschgewohnheit entwickelt.

Gegenteilige Beobachtungen macht der Kieferorthopädie Ascher (1961) bei ostafrikanischen Naturvölkern. Er berichtet, dass das Lutschen bei diesen Kindern, welche durchschnittlich zwei Jahre lang gestillt werden und in dieser Zeit permanent mit der Mutter im traditionellen Rückentuch unterwegs sind, kaum bekannt sei und gibt die Prävalenz mit weit weniger als einem Prozent an. Bei verwaisten Kindern, die in einer Missionsstation aufwachsen und mit dem Fläschchen ernährt werden, beobachtet er bei fast allen Kinder Lutschgewohnheiten.

Larsson (2001) zitiert Untersuchungen unter traditionell lebenden Naturvölkern in Kenia (u.a. Gray 1995), welche berichten, dass die Kinder über mehrere Jahre und sehr häufig gestillt wurden und folglich keine Lutschgewohnheiten entwickelten.

Ursachen

Sergl (1985) nennt als ätiologische Faktoren für die Entstehung von Lutschgewohnheiten: „Zivilisationseffekte: Rasche Abgewöhnung von der Mutterbrust, künstliche Ernährung mit der Flasche oder Sonde, Mahlzeiten nach festgelegtem Plan, zu lange Brust- oder Flaschenernährung, zu enge Bekleidung, Reiz bei der Zahnung, Milieufaktoren: Heimaufenthalt, Vernachlässigung, mangelnde Zärtlichkeit, zu wenig sozialer Kontakt, zu wenig Möglichkeiten und Anregung im Spiel, falsche Erziehung: übermäßige Strenge, Verwöhnung, neurotische Entwicklung und Konstitution“ (S. 102).

Ascher (1961) zieht aus seinen Beobachtungen und Untersuchungen an Kindern traditionell lebender Naturvölker den Schluss, dass das uneingeschränkte und allein vom Lebensrhythmus des Säuglings bestimmte Stillen Lutschgewohnheiten verhindert, während Flaschenernährung, welche nach Zeiten und Menge kontrolliert wird, das Lutschen begünstigt.

Larsson (1994) beleuchtet einen evolutionistischen Erklärungsansatz: Säugetiere können in zwei Gruppen eingeteilt werden, in „continual feeders“ und „spaced feeders“. „Continual feeders“ erhalten verdünntere Milch mit einem niedrigeren Fett- und Eiweißgehalt. Sie trinken langsam und oft, während sie entweder an der Mutter hängen oder sich ständig in unmittelbarer Nähe befinden. „Spaced feeders“ erhalten eine konzentriertere Milch, trinken schnell und weniger oft. Höhere Primaten wie Menschenaffen sowie traditionell lebende Menschen sind „continual feeders“, während sich die Menschen in der modernen Gesellschaft im Laufe der letzten Jahrhunderte zum „spaced feeder“ entwickelt haben. Im Zuge dieser Entwicklung ist das Saugbedürfnis des Säuglings, das über die Nahrungsaufnahme hinausgeht (non-nutritive sucking urge), jedoch aufrecht erhalten geblieben. Larsson schlussfolgert, dass uneingeschränktes Stillen in den ersten zwei bis drei Lebensjahren die Entwicklung einer Lutschgewohnheit verhindert.

Furtenbach (2005) erklärt, dass Lutschgewohnheiten deshalb häufig bei Kindern, die mit der Flasche ernährt bzw. nur kurz gestillt wurden, auftreten, weil die Muskeltätigkeit „zu wenig intensiv bzw. falsch“ ist, „meist auf eine sehr kurze Zeit beschränkt“ ist und „keine Sättigung“ erfährt. „Die Interaktion mit dem leblosen Gummisauger erlaubt kaum differenzierte Anpassungsleistungen der Muskulatur des Kindes, das Prinzip der gegenseitigen Wirksamkeit wird nicht erfahren“ (S. 16).

2.3. Aktuelle Stellungnahmen bzw. Empfehlungen zum Schnullergebrauch

Im Bereich der Kieferorthopädie und Logopädie sind die negativen Auswirkungen des Schnullergebrauchs auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie die Entwicklung der orofazialen Funktionen allgemein bekannt. Was allerdings geeignete Maßnahmen zur Prävention schädlicher Auswirkungen des Schnullergebrauchs sind bzw. was Eltern von Säuglingen und Kleinkindern empfohlen werden soll, wird derzeit von Experten unterschiedlich beantwortet. Im Folgenden wird ein Überblick über eine Auswahl aktueller Stellungnahmen bzw. Empfehlungen zum Thema Schnuller bzw. Lutschgewohnheiten gegeben.

Die *American Association of Orthodontics* (2009) gibt online keine direkten Empfehlungen an Eltern, was den Umgang mit Lutschgewohnheiten anbelangt. Allerdings wird Fingerlutschen und Orale Habits als Warnzeichen und als Grund für eine frühe kieferorthopädische Untersuchung genannt.

Die *American Dental Association* (2009) beschreibt Lutschgewohnheiten als völlig normal und empfiehlt Eltern diese zunächst zu ignorieren. Die meisten Kinder hörten im Alter von zwei bis vier Jahren sowieso damit auf. Falls das Kind im Alter von vier Jahren noch immer lutscht, wird ein sanftes Entwöhnen ggf. in der Zusammenarbeit mit einem Zahnarzt empfohlen.

Die *American Academy of Pediatric Dentistry* (2010) beschreibt das Saugen an Fingern, Schnullern und anderen Objekten als völlig normal im Säuglings- und Kleinkindalter. Das Lutschen verschwinde meist im Alter von zwei bis drei Jahren und schade in diesem Fall weder der Zahn- noch der Kieferentwicklung. Falls die Lutschgewohnheit im Alter von drei Jahren noch bestehe, wird empfohlen, dass der Zahnarzt dem Kind die negativen Auswirkungen des Lutschens erklärt und die Eltern das Kind im Entwöhnungsprozess unterstützen. Falls diese Vorgehensweise keinen Erfolg habe, wird ein nicht näher definiertes orales Hilfsmittel (mouth appliance) empfohlen, welche das Lutschen unterbinden soll. Auf die Frage, ob nun ein Schnuller besser sei als das Fingerlutschen, wird geantwortet, dass jede Form des Lutschens die Zahnentwicklung im wesentlichen gleich beeinflusse; der Schnuller sei jedoch meist leichter zu entwöhnen.

Die *American Academy of Pediatrics* (2009) empfiehlt Eltern, ihrem Baby ab einem Alter von einem Monat einen Schnuller zum Einschlafen zu geben, um das Risiko des Plötzlichen Kindstodes (SIDS) zu reduzieren. Es wird darauf hingewiesen, dass bei längerem Schnullergebrauch negative Auswirkungen auf das Stillen, die Zahn- und Kieferentwicklung und Mittelohrentzündungen möglich sind (siehe auch 4.1. Untersuchungen zum Thema Schnuller, Sexton und Natale 2009). Auf die Frage, wie das Fingerlutschen bzw. der Schullergebrauch am besten entwöhnt werden kann, wird empfohlen, das Lutschen zunächst zu ignorieren. Von Bestrafung wird abgeraten, dafür werden Möglichkeiten der positiven Verstärkung (Belohnungen) empfohlen. Falls Eltern Veränderungen an Zähnen oder Kiefer bemerkten, solle ein Kinderarzt bzw. Zahnarzt konsultiert werden. Gegebenenfalls könne mit einem Behelf (device) gearbeitet werden, der das Lutschen unangenehm mache.

Die *Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie* (2010) meint zum Thema „Nuggi, Daumenlutschen“: „Es können nicht alle Zahnstellungsprobleme vermieden werden. Daumenlutschen (oder andere Finger) und Schnuller können einen Schaden anrichten, wenn damit nicht rechtzeitig aufgehört wird. Grundsätzlich gilt, je früher aufhören desto besser, spätestens jedoch beim Durchbruch der bestehenden Frontzähne (6-7 Jahre). Kleinkinder sollen besser einen Schnuller nehmen, weil damit einfacher aufgehört werden kann. Verständnisvolles Erklären und Motivation haben die besten Erfolgschancen“.

Der *Verband österreichischer Kieferorthopäden* (2010) gibt aktuell online keine direkten Empfehlungen zum Thema Schnullergebrauch bzw. Lutschgewohnheiten.

Die deutsche *Initiative Kiefergesundheit e.V.* (IKG, 2010) informiert online nicht nur über die Milchzahn-gesundheit im Rahmen der Kariesprävention sondern widmet sich auch dem Thema Schnullergebrauch bzw. Lutschgewohnheiten ausführlich. Es wird betont, dass das Saugen ein natürlicher, angeborenen Reflex ist, der durch den Kaureflex abgelöst wird, wenn die ersten Zähne kommen. Daher soll das Saugen nicht künstlich verlängert werden. Es wird empfohlen, das Fläschchen ab dem siebten bis achten Monat langsam durch den Trinkbecher zu ersetzen und den Schnuller gegen Ende des ersten Lebensjahres abzugewöhnen. Breikost sollte langsam auf feste Nahrung übergehen, um das Kauen anzuregen und so das gesunde Wachstum des Kiefers zu unterstützen. Die IKG vertritt die Meinung, dass ein Schnuller besser ist als der Daumen, weil ein richtig geformter Schnuller im Vergleich zum Daumen besser für die Kieferentwicklung und zudem leichter wieder abzugewöhnen ist. Es wird darauf hingewiesen, dass auch gut geformte Schnuller die natürliche Gebissentwicklung stören, wenn er zu oft und zu lange im Mund ist. Kritisch sieht die IKG die Werbung, welche Eltern vermittelt, dass „Nuckelfläschchen und Schnuller selbstverständliches Zubehör sind und ständig verfügbar sein sollten, zuhause am Bettchen, unterwegs im Kinderwagen, überall da, wo auch das Kind ist“. Weiters wird die Bezeichnung „Beruhigungssauger“ hinterfragt, weil sie Eltern dazu verleite, den Schnuller zu oft und zu lange („zur Beruhigung“) zum Einsatz zu bringen, „sogar dann, wenn das Kind nicht einmal ein Nuckelbedürfnis zeigt“.

Die *interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum Thema Flaschensauger und Schnuller an der Universitätsklinik für Pädiatrie Innsbruck* hat in Zusammenarbeit mit der Logopädin und Myofunktionstherapeutin Mathilde Furtenbach u.a. Empfehlungen zu „Anforderungen an einen Schnuller“ sowie zum „intelligenten und

verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller“ veröffentlicht (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller, Universitätsklinik Innsbruck 2008). Die zentrale Aussage dieser Empfehlung lautet zusammengefasst: ob der Schnuller sich schädlich auf die orofaziale Muskelfunktion und die Gebissentwicklung auswirkt, hängt von der Art und Weise, wie das Kind saugt, von der Beschaffenheit des Schnullers, vor allem aber von der Dauer des Lutschens (und damit von den Eltern, welche entscheiden wie oft und wie lange sie den Schnuller geben) ab. Bezüglich der Beschaffenheit wird darauf hingewiesen, dass unterschiedlichste Schnuller als „kiefergerecht“, „physiologisch“ usw. verkauft werden. Es werden vier konkrete Kriterien für die Schnullerauswahl genannt: der schmale Ansatz des Lutschteils (für eine schmale Auflage für die Kieferleisten und die Lippen), ein möglichst weiches, flexibles Lutschteil (Latex ist weicher als Silikon), eine flache, querovale Form des Lutschteils (welche möglichst wenig Raum einnimmt; an dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass keine Schnullerform einen bedenkenlosen Gebrauch rechtfertigt) und ein geringes Gewicht (sodass die Lippen- und Zungenmuskulatur nicht überfordert wird). Es wird klargestellt, dass der Schnuller nicht mitwachsen, sondern rechtzeitig abgewöhnt werden muss. Ein Zeitpunkt im Sinne einer Altersangabe wird nicht direkt gemacht, „rechtzeitig“ wird mit „sobald wie möglich“ konkretisiert. Was den intelligenten und verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller betrifft, wird von der Arbeitsgruppe empfohlen, während der ersten vier bis sechs Wochen, bis das Stillen etabliert ist, keinen Schnuller zu geben. Auch wird darauf hingewiesen, dass Kinder, deren Mütter beim Stillen zu wenig Milch haben, ausschließlich an der Brust saugen sollen, um die Milchbildung anzuregen. Ganz allgemein soll der Schnuller ähnlich einem Medikament eingesetzt werden. Neben der Frage der Indikation, d.h. ob der Schnuller in der Situation wirklich das richtige Mittel ist (oder das Kind ein anderes Bedürfnis hat) soll die Dosierung (wie lange der Schnuller im Mund bleibt) und die Therapiedauer (wann der Schnuller abgewöhnt wird) bedacht werden. Außerdem darf auch der Aspekt der Nebenwirkungen, also möglicher unerwünschter Auswirkungen, nicht außer Acht gelassen werden.

2.4. Gesundheitskommunikation und Prävention

Gesundheitskommunikation ist ein zentrales Anwendungsgebiet der Gesundheitswissenschaften und umfasst die Gesamtheit aller organisierten Bemühungen, die Botschaft des Themas Gesundheit zu verbreiten. Im Speziellen schließt dies folgendes mit ein: die Verbreitung „auf allen vermittlungsrelevanten Ebenen (Individuen, Organisation, ganze Gesellschaften), durch den Einsatz möglichst vieler zielführender Strategien (Beratung, Organisationsentwicklung, Aufklärungs- und Informationskampagnen) und unter Verwendung einer Mischung geeigneter Medien (Buch, Presse, Funk, Fernsehen, Internet)“ (Schnabel 2009 S. 39). Dadurch sollen „die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen in einer Weise (beeinflusst werden), die diese zu einer möglichst selbst bestimmten, auf die Vermeidung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichteten Lebensführung befähigt, was bei Bedarf auch die Fähigkeit mit einschließen muss, die eigenen Gesundheitsinteressen gegen Widerstand durchzusetzen (Schnabel 2005)“ (Schnabel 2009 S. 39).

Der Begriff Prävention (lateinisch *praevenire*: zuvorkommen, verhüten) umfasst im medizinischen Sprachgebrauch vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung bzw. Früherkennung von Erkrankungen. Das Ziel präventiver Maßnahmen ist durch gezielte Aktivitäten gesundheitliche Schädigung oder Gefährdung zu verhindern. Dies kann durch Maßnahmen zur Verringerung von Risiken oder durch Stärkung von Ressourcen geschehen. Die Weltgesundheitsorganisation WHO unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Mit primärer Prävention ist die Verhinderung der Entstehung von Krankheiten bzw. Störungen durch Ausschaltung von als gesundheitsschädigend geltenden Faktoren gemeint. Unter sekundärer Prävention versteht man die Früherkennung von Erkrankungen bzw. Schäden mit dem Ziel der frühestmöglichen Behandlung zur Vermeidung von Folgeschäden und unter tertiärer Prävention die Begrenzung bzw. den Ausgleich von Krankheitsfolgen im Sinne von Rehabilitation und Beratung zur Vermeidung von Rückfällen (Pschyrembel 1994, S. 1238, Römermann 2002, S. 1, Weigl et al. 2004 zitiert nach Möller und Spreen-Rauscher 2009, S. 21 ff.).

Im Bereich der Schnullerforschung hat Prävention das Ziel durch geeignete Maßnahmen die schädlichen Auswirkungen des Schnullergebrauchs zu vermeiden, weniger wahrscheinlich zu machen bzw. die ihrem Ausprägungsgrad einzuschränken. Die Frage, was geeignete Maßnahmen sind, wird derzeit von Experten unterschiedlich beantwortet (siehe 2.3. Aktuelle Empfehlungen und Stellungnahmen zum Schnullergebrauch).

2.5. Forschungsfragen

In der Praxis tätige Logopädinnen sehen sich heute vielfach mit folgender Situation konfrontiert: einerseits ist in der Fachwelt bekannt, dass Lutschgewohnheiten die orofaziale Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und in weiterer Folge eine Hauptursache erworbener Zahn- und Kieferfehlstellungen darstellen. Andererseits gehen die an Eltern gerichteten Empfehlungen zum Schnullergebrauch von medizinischer Seite weit auseinander. Hinzu kommt, dass viele Eltern erst dann über die Zusammenhänge zwischen Schnullergebrauch, orofazialer Entwicklung und Zahn- und Kieferentwicklung informiert werden, wenn das Kind bereits eine Lutschgewohnheit sowie eine Zahnfehlstellung bzw. eine orofaziale Dysfunktion entwickelt hat. Erfahrungsberichten aus der Praxis zufolge erhalten Mütter von Neugeborenen unterschiedliche Informationen zum Thema Schnuller, was einerseits daran liegt, dass es sich um ein Thema handelt, das von verschiedenen Fachpersonen unter unterschiedlichen Aspekten betrachtet wird, andererseits jedoch auch daran, dass es innerhalb der verschiedenen Fachbereiche ebenfalls keinen Konsens zu geben scheint. So gibt es auch nicht die eine Stellungnahme zum Thema Schnuller von logopädischer Seite.

Von Seiten der Logopädie liegt es nahe, im Sinne der Primärprävention, also der Verhinderung des Entstehens schädlicher Lutschgewohnheiten, Eltern möglichst früh zu informieren. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Erarbeitung eines aus logopädischer Sicht erstellten Informationsfolders für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller. Dazu stellen sich folgende Fragen:

Forschungsfrage 1a: Welche Informationen muss ein aus logopädischer Sicht gestalteter Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller enthalten?

Forschungsfrage 1b: Wie müssen diese Informationen aufbereitet sein?

Forschungsfrage 2: Welchen Einfluss hat die Lektüre des Informationsfolders auf Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf den Wissensstand zum Thema Schnuller sowie den Schnullergebrauch im Alltag und wie beurteilen die Mütter den Informationsfolder?

3. METHODIK

3.1. Methodik zur Forschungsfrage 1

Zur Beantwortung der Frage, welche Informationen ein aus logopädischer Sicht erstellter Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller beinhalten muss (Forschungsfrage 1a), erfolgte eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung sowie eine kritische Beurteilung der Aussagekraft relevanter Artikel. Ergänzend wurde Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten herangezogen. Weiters wurden aktuelle Empfehlungen zum Schnullergebrauch kritisch im Hinblick auf ihre primärpräventive Ausrichtung beurteilt und zentrale Aussagen gegebenenfalls in die zu vermittelnden Informationen eingearbeitet.

Die Literaturrecherche wurde im Juli 2009 in Pub Med und NML durchgeführt. Als Suchbegriffe dienten *pacifiers and malocclusion*, *effects of pacifiers on dental occlusion*, *pacifiers and myofunctional disorder* und *pacifiers and orofacial disorder*. Berücksichtigt wurden Artikel im Zeitraum 1994 bis 2009, deren Volltexte in englischer bzw. deutscher Sprache veröffentlicht wurden. Ausgeschlossen wurden Einzelfallstudien sowie Untersuchungen, die bei genauerer Betrachtung nicht den Suchbegriffen entsprachen.

Zur Beantwortung der Frage, wie die zu vermittelnden Informationen aufbereitet sein müssen (Forschungsfrage 1b), wurde Literatur zum Thema Informationsvermittlung in der Gesundheitsförderung sowie zum Thema Textoptimierung herangezogen.

Erstellung des Informationsfolder

Der Text des Informationfolders beantwortet die Forschungsfragen 1a und 1b. Die graphische Gestaltung erfolgte in Zusammenarbeit mit Dr. Andrea Bachmann, M. A., Marketingleiterin des aks, Arbeitskreis für Vorsorge und Sozialmedizin BetriebsGmbH in Bregenz, Vorarlberg. Der Folder wurde im aks Corporate Design als Template im Programm Adobe InDesign erstellt. Das Copyright für den Folder hat coop4, das Copyright für die Fotos haben Imagesource und Istockphoto, wobei der aks das Nutzungsrecht für die Fotos sowie das Werk- und Nutzungsrecht für den Folder besitzt. Der fertig gestaltete Folder ist im Anhang 2 abgedruckt und liegt der gedruckten Version dieser Arbeit bei.

3.2. Methodik zur Forschungsfrage 2

Design

Zur Beantwortung der Forschungsfrage 2 wurde eine qualitative Untersuchung in Form einer deskriptiven mehrmaligen Expertenbefragung von Müttern von Neugeborenen durchgeführt. Die Versuchspersonen beantworteten an zwei Untersuchungszeitpunkten (teil-)standardisierte Fragen. Die Antwortmöglichkeiten waren je nach Frage offen oder geschlossen.

Interviewleitfaden

Die Befragung erfolgte anhand eines teilstandardisierten Interviewleitfadens, der von der Autorin zusammengestellt worden war. Die Fragen waren größtenteils offen gestellt, d.h. Wissen über den Schnullergebrauch und Auskünfte über den praktischen Umgang mit dem Schnuller wurden nicht direkt erfragt, sondern es wurde versucht mittels zunächst offen gestellter Fragen möglichst wenig vorzugeben. Informationen, die über diese offen gestellten Fragen nicht gewonnen werden konnten, wurden mittels geschlossener Fragen ergänzt. Der Interviewleitfaden ist im Anhang 3 im Original abgedruckt.

Teilnehmerinnen

Befragt wurden acht Mütter von Neugeborenen, davon vier Mütter, die eine Tochter und vier Mütter, die gerade einen Sohn zur Welt gebracht hatten. Auch wenn der Folder als Zielgruppe sowohl Mütter als auch Väter ansprechen soll, wurden als Versuchspersonen für diese Befragung nur Mütter ausgewählt, weil sie die erste und wichtigste Bezugsperson im Leben eines Säuglings darstellen und damit primär für die Versorgung des Kindes zuständig sind. Um Vorerfahrungen mit dem Schnullergebrauch aus mütterlicher Perspektive

auszuschließen wurden nur Frauen befragt, die gerade ihr erstes Kind bekommen hatten. Was die Kinder anbelangt, wurden nur Mütter von primär gesund geborenen Babys befragt.

Sechs der acht Frauen sprachen Deutsch als Muttersprache, eine Frau war türkischer Abstammung, eine Frau russischer Abstammung. Es wurden keine weiteren biographischen Daten erfragt. Zum Zeitpunkt 2 konnten nur noch sieben der acht Frauen befragt werden.

Durchführung

Die Befragung zum Zeitpunkt 1 wurden auf der Wochenstation im Krankenhaus Dornbirn in Zusammenarbeit mit den Zahngesundheitserzieherinnen der aks Zahnprophylaxe durchgeführt. Diese hatten möglichen Teilnehmerinnen im Rahmen des Beratungsgesprächs zur Zahngesundheit einen Brief (siehe Anhang 1) überreicht, der die Mütter über die geplante Erprobung des Informationsfolders informierte. Das erste Interview erfolgte am 2.12.09 durch die Autorin im Rahmen eines Gesprächs unter vier Augen. Anschließend erhielten die Mütter den Informationsfolder. Spontane Fragen der Teilnehmerinnen zum Thema Schnuller wurden beantwortet. Es erfolgte kein strukturiertes Beratungsgespräch, der Informationsfolder wurde zur Lektüre übergeben. Sechs bzw. sieben Wochen später (am 15.1. und 22.1.10, Zeitpunkt 2) wurden die Mütter nochmals von derselben Person telefonisch befragt. Zum Zeitpunkt 1 konnten acht Mütter von Neugeborenen befragt werden, sieben dieser acht standen auch zum Zeitpunkt 2 für ein Interview zur Verfügung. Das Interview wurde abgestimmt an die Teilnehmerinnen auf Hochdeutsch bzw. im regionalen Dialekt geführt.

Analyse

Die insgesamt 15 aufgezeichneten Interviews (8 Interview zum Zeitpunkt 1 und 7 Interviews zum Zeitpunkt 2) wurden vollständig, wenn nötig ins Hochdeutsche, transkribiert. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2008). In einem ersten Schritt wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Danach wurden inhaltstragende Textstellen paraphrasiert und nach Bestimmung des Abstraktionsniveaus diesem entsprechend generalisiert. Die Textteile wurden den deduktiv gewonnenen Kategorien zugeordnet. Die deduktive Kategoriendefinition wurde deshalb gewählt, weil die Fragestellung zur Erprobung des Informationsfolders klar eingegrenzt war und auch die Fragen im Interviewleitfaden dementsprechend gewählt worden waren. In Anlehnung an die im Interviewleitfaden (siehe Anhang 3) gestellten Fragen wurden folgende Kategorien definiert:

- Einsatzmöglichkeiten des Schnullers
- Risiken des Schnullergebrauchs
- Informationsquellen der Mütter
- Entscheidung für bzw. gegen den Schnuller (allgemein)
- Indikation für die Schnullergabe (speziell)
- Umgang mit dem Schnuller im Alltag
- Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag
- Schnullerstop
- Subjektive Beurteilung des Folders durch die Versuchsperson
- Interesse an Informationen zur Sprachentwicklung sowie zur Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen
- Ernährung des Babys

Die Definition dieser deduktiv gewonnenen Kategorien sowie die Darstellung der Items mit Beispielen erfolgt im Kapitel 4.6. *Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse*.

Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt wurden den einzelnen Kategorien zugeordnet und nach Häufigkeit in den einzelnen Interviews ausgezählt. Das so für die Auswertung gewonnene Material wurde nochmals am Originaltext überprüft und nach Inhalt bzw. Häufigkeit der vorkommenden Inhalte sortiert und so in verschiedene Items unterteilt. Die Ergebnisse der Items zu den beiden Messzeitpunkten wurden, wenn möglich, miteinander verglichen.

Mit dem Datenmaterial, das den deduktiv festgelegten Kategorien nicht zugeordnet werden konnte, für die Beantwortung der Forschungsfragen der Autorin jedoch relevant erschien, wurden induktiv folgende Kategorien definiert:

- Subjektive Bewertung des Schnullers durch die Mütter
Beispiel: VP 5 (Zeitpunkt 2): *„Aber wir brauchen ihn, sonst geht's nicht. Als Beruhigungsmittel, sozusagen.“*
- Alternativen zum Schnuller
Beispiel: VP 5 (Zeitpunkt 1): *„Ansonsten möchte ich es erst mal so versuchen, mit Nähe, Wärme und Zuwendung.“*
- Gewöhnen an den Schnuller
Beispiel: VP 7 (Zeitpunkt 2): *„Ja, also, sie hat den Schnuller zu Beginn verweigert, mittlerweile nimmt sie ihn jetzt.“*

Wiederum erfolgt die Darstellung der Kategoriendefinition sowie der Items mit allen Beispielen im Ergebnis teil (siehe Kapitel 4.6.).

Die relevanten Textstellen wurden gemäß der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) definiert, auf grammatikalische und lexikalische Bedeutsamkeit geprüft und paraphrasiert. Nach der induktiven Kategorienbildung, die sich aus den inhaltlich übereinstimmenden paraphrasieren Textstellen ergeben hatte, erfolgte die Zuteilung aller relevanter Textstellen. Die Rücküberprüfung und Feinanalyse gestaltet sich aufgrund der geringen Anzahl der für die induktiv gewonnenen Kategorien relevanten Textstellen kurz.

4. ERGEBNISSE

4.1. Untersuchungen zum Thema Schnuller

4.1.1. Das Thema Schnuller aus kieferorthopädisch-logopädischer Sicht

Dass das Lutschen am Finger bzw. am Schnuller zu Veränderungen des Gebissens führen kann, gilt in der Fachwelt als generell bekannt. Der Zusammenhang zwischen Zahn- und Kieferfehlstellungen, im Speziellen dem frontal offenen Biss, der vergrößerten Frontzahnstufe und dem Kreuzbiss im Seitenzahnbereich, und Lutschgewohnheiten wurde in zahlreichen Studien belegt (Larsson 1994, Adair et al. 1995, Karjalainen et al. 1999, Warren und Bishara 2002, Adair 2003, Charchut 2003, Viggiano 2004, Warren et al. 2005, Bishara et al. 2006, Vazquez-Nava et al. 2006, Peres et al. 2007, Scavone et al. 2007, Gois et al. 2008, Heimer et al. 2008, Sexton und Natale 2009).

Larsson (1994) beschreibt die Auswirkungen des Schnullergebrauchs auf die Zahn- und Kieferentwicklung im Unterschied zum Fingerlutschen: Der frontal offene Biss ist normalerweise bei Schnullerkindern schneller und deutlicher sichtbar als bei Fingerlutschern. Wie bei Letzteren tritt der frontal offene Biss mit einem Zungenstoß nach vorne beim Schlucken auf. Der offene Biss korrigiert sich laut Larsson bei Schnuller- und Fingerlutschern trotz Zungenstoß selbst, wenn die Gewohnheit gestoppt wird. Der Zusammenhang zwischen dem Schnullergebrauch und der Entwicklung eines Kreuzbisses im Milchgebiss ist laut Larsson deutlicher als bei Fingerlutschern. Wenn der Schnuller im Mund des Kindes ist, liegt der Nippel im oberen Teil des vorderen und mittleren Bereichs des Mundes, sodass die Zunge in eine niedrigere Position gezwungen wird. Im Oberkiefer fehlt den Schneidezähnen die Unterstützung des Gaumens von Seiten der Zunge während der Saugbewegung der Wangenmuskulatur. So wird die Oberkieferweite reduziert und das Risiko eines transversalen Missverhältnisses zwischen dem Ober- und Unterkieferbogen erhöht. Die niedrige Zungenposition führt zu einem weiteren Unterkiefer und vergrößert so das Risiko, dass ein lateraler Kreuzbiss entsteht.

Auch wenn Zusammenhänge zwischen Form und Funktion in der Kieferorthopädie heutzutage belegt sind und das stomatognathe System als Einheit von Form und Funktion betrachtet wird, so überwiegen in der Schnullerforschung Untersuchungen zur Auswirkung des Schnullers auf Zahn- und Kieferfehlstellungen. Es sind derzeit in der englisch- und deutschsprachigen Literatur nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen über die Auswirkungen des Schnullergebrauchs auf die Entwicklung der orofazialen Funktionen bzw. über den Zusammenhang zwischen Schnullergebrauch und orofazialen Dysfunktionen zu finden:

Zardetto et al. (2002) untersuchten die Milchgebissentwicklung und die Entwicklung der myofunktionellen Strukturen bei 61 Kindern im Alter von 36-60 Monaten unter dem Einfluss verschieden geformter Schnuller (siehe auch weiter unten in diesem Kapitel) sowie einer Kontrollgruppe. In einer klinischen Untersuchung wurde die Beziehung der Zahnbögen zu einander, deren Weite sowie die myofunktionellen Strukturen Lippen, Zunge, Wangen und harter Gaumen beurteilt. Die Ergebnisse zeigen eine Prävalenz von 50% für einen frontal offenen Biss bei Kindern beider Schnullergruppen. Kreuzbisse wurden nur bei Kindern mit einem Schnullerhabit festgestellt. Der durchschnittliche sagittale Schneidekantestufe (Overjet) war bei Kindern beider Schnullergruppen signifikant höher als in der Kontrollgruppe. Kinder, die nie einen Schnuller verwendet hatten, zeigten weiters eine höhere Prävalenz für eine normale Wangenbeweglichkeit im Vergleich zu Kindern beider Schnullergruppen und einen normal geformten harten Gaumen im Vergleich zu Kindern, die einen herkömmlichen Schnuller verwendeten.

Verrastro und Stefani (2006) stellten in einer Untersuchung an 69 Kindern im Alter von drei bis fünf Jahren, welche das Ziel verfolgte, die Kieferentwicklung und den myofunktionellen Status von Kindern mit einem lutschoffenen Biss (Schnullerhabit) mit Kindern einer Kontrollgruppe zu vergleichen, fest, dass die Anomalien vergrößerte sagittale Frontzahnstufe, primärer Engstand der oberen Schneidezähne und eine Klasse II-Verzahnung mit einem frontal offenen Biss einhergehen. Der Prozentsatz der Kinder, bei welchen eine hypotone Lippen- und Wangenmuskulatur, eine nicht physiologische Zungenruhelage sowie eine interdentale Lage der Zunge beim Schlucken und Sprechen (abweichendes Schluckmuster, phonetische

Störung) diagnostiziert wurde, war in der Gruppe der Kinder mit frontal offenem Biss im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant größer.

Castillo-Morales et al. (1995) berichten, dass ein mehr als zwei Jahre andauernder Schnullergebrauch zur Persistenz primärer Zungenbewegungen über das vierte Lebensjahr hinaus beitragen kann. Die Folgen sind ein abweichendes Schluckmuster und Artikulationsstörungen.

Stahl et al. (2007) argumentieren, dass unmittelbare dentale Fehlentwicklungen (wie Lutschprotrusion und lutschoffener Biss) prognostisch unproblematisch sein können, etablieren sich jedoch pathologische Funktionsmuster, können sich in Abhängigkeit vom Genotypus statische und dynamische Fehlfunktionen entwickeln und damit prognostisch weit ungünstiger sein.

Welchen Einfluss unterschiedlich geformte Schnuller auf die Gebissentwicklung bzw. auf die Entwicklung der orofazialen Funktionen haben, wurde von Eismann und Mender (1992), Adair et al. (1995) sowie von Zardetto (2002) untersucht.

Eismann und Mender publizierten 1992 eine prospektive Studie an 202 Kindern, deren Mütter bei der Geburt einen „neu entwickelten präventiv gestalteten Beruhigungssauger“ zur Verfügung gestellt bekommen hatten und die nach zwei Jahren zur zahnärztlichen Untersuchung zur Verfügung standen. Verglichen wurde die Milchgebissentwicklung von Kindern, die keine Lutschgewohnheit entwickelt hatten (Kontrollgruppe), mit der von Kindern, die am Daumen oder Finger lutschten, Kindern, die einen sogenannten Kirschnuller verwendeten, Kindern, die den Testschnuller und Kindern, die einen anderen „Gesundheitssauger“ (nicht näher bestimmt) verwendeten. Der Testschnuller zeichnete sich durch einen bohnenförmigen, horizontalorientierten Sauger mit mittelweicher Konsistenz und einem schmalen Hals (an der Austrittsstelle) aus. Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass das Lutschen an verschieden geformten Schnullern die Milchgebissentwicklung ungünstig beeinflussen kann. Im Vergleich zur Kontrollgruppe wurden vermehrt Distalbisse, vergrößerte frontal sagittale Stufen, offene Bisse und Kreuzbisse im Seitenzahnbereich festgestellt. Innerhalb der verschiedenen Testsauger bzw. der Fingerlutscher zeigten sich jedoch Unterschiede: Die Gruppen der Kinder, die am Finger bzw. an einem Kirschnuller lutschten, zeigten häufiger einen Rückbiss sowie einen signifikant erhöhten sagittal offenen Biss als Kinder, die einen Gesundheitssauger oder Testsauger benützen. In Bezug auf die Kreuzbissentwicklung ergaben sich zunächst keine gesicherten Zusammenhänge zwischen den Gruppen. Beim Vergleich zwischen einer zusammengefassten Gruppe (Fingerlutscher, Kirschnuller, Gesundheitsschnuller [49,1% aller Kinder]) und der Gruppe des Testschnullers (42,5% aller Kinder) zeigte sich, dass Kinder der erstgenannten Gruppe signifikant häufiger einen Kreuzbiss aufwiesen. Die Autoren erklären dies mit der Beschaffenheit des Testschnullers. Eismann und Mender ziehen den Schluss, dass auch unter medizinischen Gesichtspunkten entwickelte Schnuller die Milchgebissentwicklung in den ersten 2 Jahren ungünstig beeinflussen, durch Berücksichtigung speziell präventiver Merkmale die schädlichen Auswirkungen allerdings minimiert werden können. Nicht berücksichtigt wurde die Intensität sowie die Dauer des Lutschens, auch wurden die Eltern nicht nach dem Beginn der Schnullergabe befragt.

Adair et al. (1995) schlussfolgerten aus den Ergebnissen einer Studie an 218 Kindern im Alter von 24 bis 59 Monaten, dass sogenannte *funcional exercisers* gegenüber *conventional exercisers* keine Vorteile in Bezug auf die Entwicklung des Milchgebisses aufweisen können.

Zardetto et al. (2002) kamen in ihrer Studie zur Beurteilung der Milchgebissentwicklung und der myofunktionellen Strukturen bei 61 Kindern im Alter von 36- 60 Monaten, die ausschließlich einen sogenannten „physiologischen“ Schnuller bzw. ausschließlich einen herkömmlichen Schnuller benutzen bzw. Kindern, die keine Lutschgewohnheiten hatten, zu dem Ergebnis, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Schnullergruppen im Hinblick auf die Milchgebissentwicklung gab. In Bezug auf die Auswirkungen auf die myofunktionellen Strukturen konnte jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen

„physiologischem“ und herkömmlichem Schnuller festgestellt werden: es gab keinen signifikanten Unterschied in der Wahrscheinlichkeit für einen normal geformten harten Gaumen zwischen der Kontrollgruppe und der Gruppe der Kinder, die einen „physiologischen“ Schnuller verwendeten, sehr wohl jedoch zur Gruppe der Kinder, die an einem herkömmlichen Schnuller lutschten ($P=.042$). In der Beurteilung der übrigen myofunktionellen Strukturen lagen keinen signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Schnullergruppen vor. Zu den „physiologischen“ Schnullern wurden sowohl Modelle mit asymmetrisch geformtem, abgeflachtem Lutschteil und konkav geformtem Schild (Firma NUK) als auch Modelle mit flacher, querovaler Form und konkav geformtem Schild (Firma MAM) gezählt. Als herkömmlichen Schnuller wurden Schnuller mit konvex geformtem Schild und im Vergleich zu den „physiologischen“ Modellen dickerem, kirschkörnigem Lutschteil (Firma Lillo) bezeichnet. Das Erheben der Lutschdauer pro Tag gestaltete sich laut Autoren schwierig, weil die befragten Mütter keine klaren Angaben machen konnten. So wurde lediglich zwischen „Schlafenszeit“ und „ganzer Tag“ unterschieden. Es gab keine Unterschiede zwischen den beiden Schnullergruppen.

Die Variable *Dauer der Lutschgewohnheit* wurde in folgenden Untersuchungen berücksichtigt:

Das Ziel der Longitudinal-Studie von Warren und Bishara (2002) an 372 Kindern war es u.a., die Zusammenhänge zwischen der Dauer von Lutschgewohnheiten (bis zu welchem Lebensalter) und der Milchgebissentwicklung zu untersuchen. Die Mütter wurden zu verschiedenen Zeitpunkten mittels Fragebögen u.a. zu Lutschgewohnheiten ihrer Kinder befragt. Das Milchgebiss der Kinder wurden im Alter von viereinhalb bis fünf Jahren klinisch untersucht. Um die Auswirkung der Dauer beurteilen zu können, wurden die Kinder mit Lutschgewohnheiten, welche länger als zwölf Monate andauerten, in weitere vier Gruppen unterteilt: Kinder mit einer Lutschgewohnheit bis zu einem Alter von zwölf bis 24 Monaten bzw. 24 bis 36 Monaten bzw. 36 bis 48 bzw. 48 Monate und älter. Die Ergebnisse bestätigen die bereits beschriebenen typischen Lutschfolgen für das Gebiss: in den Gruppen von Kindern, die länger als 24 Monate gelutscht hatten, wurde signifikant häufiger im Alter von viereinhalb bis fünf Jahren ein Kreuzbiss, in den beider Gruppen, welche 36 Monate und länger gelutscht hatten, ebenfalls signifikant häufiger eine vergrößerte Unterkieferweite festgestellt. Die Gruppe von Kindern, die den Schnuller länger als 48 Monate verwendeten, wies signifikant häufiger einen frontal offenen Biss im Alter von viereinhalb bis fünf Jahren auf. Verglichen mit anderen Gruppen wurde in der Gruppe der Kinder mit Lutschgewohnheiten bis zum Alter von 36 Monaten und älter signifikant häufiger eine vergrößerter sagittale Frontzahnstufe diagnostiziert. Die Autoren bemerken, dass diese Befunde dann klinisch relevant sind, sofern die Problematik im Wechselgebiss weiterbesteht. Den Zusammenhang zwischen Lutschgewohnheiten im Milchgebissalter und Auswirkungen auf das Wechselgebiss zeigten Warren et al. 2005 auf: auch Lutschgewohnheiten, die im Alter von 3 bis 5 Jahren beendet werden, können im Wechselgebiss zu einem frontal offenem Biss, einer vergrößerten Frontzahnstufe und einem Kreuzbiss führen. Ungünstige Auswirkungen von frühen Lutschgewohnheiten auf das Wechselgebiss bestätigt auch die *Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age* von Ovsenik et al. (2007). Auch wenn diese Studien erst in den folgenden Jahren durchgeführt und veröffentlicht wurden, schlussfolgern Warren und Bishara bereits im Rahmen ihrer Veröffentlichung 2002, dass schon aufgrund dieser Untersuchung über die Milchgebissentwicklung die Empfehlungen verschiedenster Organisationen zum Thema Schnullergebrauch und Fingerlutschgewohnheiten überdacht werden müssten (siehe 2.3 Aktuelle Stellungnahmen bzw. Empfehlungen zum Schnullergebrauch). Die Autoren betonen die Einzigartigkeit dieser Untersuchung, weil das Lutschverhalten durch periodische Fragebögen und nicht erst retrospektiv erfragt wurde, trotzdem muss beachtet werden, dass sich die Angaben auf Beobachtungen der Eltern, welche deren subjektiver Wahrnehmung unterliegen, stützen.

Gois et al. (2008) kommen in einer Fall-Kontroll-Studie an 300 Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren zu dem Ergebnis, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zahn- und Kieferfehlstellungen und einer Schnullerlutschgewohnheit, die auch nach dem zweiten Geburtstag des Kindes bestehen bleibt, existiert. Die Eltern waren mittels Fragebögen gefragt worden, bis zu welchem Lebensalter die Kinder einen Schnuller verwendet hatten. Nicht gefragt wurde nach der Intensität des Lutschens, der Frequenz bzw. Dauer pro Tag usw.

Während Warren und Bishara sowie Gois et al. die Dauer in Bezug auf das Lebensalter der Kinder, bis zu welchem die Lutschgewohnheit bestehen blieb, untersuchten, konzentrierte sich Larsson (2001) auf die Dauer des Lutschens pro Tag:

Er bezieht sich auf Proffit (1986), nach dessen Untersuchungen mindestens sechs Stunden pro Tag Druck gegen die Zähne ausgeübt werden muss, damit es zu einer Bewegung der Zähne kommt und vermutet, dass die Anzahl der Stunden pro Tag, die die Kinder mit dem Schnuller im Mund verbringen, gemeinsam mit der Intensität, mit der das Kind saugt, die Tatsache erklären könnte, dass manche Kinder einen Kreuzbiss entwickeln und andere nicht. In einer Studie an 60 Mädchen in Falköping (Schweden), untersuchte Larsson die Kreuzbissentwicklung bei Kindern mit einer Schnullerlutschgewohnheit und prüft den präventiven Ansatz, die Prävalenz zu reduzieren, indem die Eltern über Lutschgewohnheiten informiert werden und ihnen angeraten wird, die Dauer des Lutschens einzuschränken. Die Eltern hatten während der dreijährigen Beobachtungszeit die Gelegenheit, Vorträgen zur Ätiologie von Finger- und Schnullerlutschgewohnheiten sowie ihren Auswirkungen auf die Zahn- und Kieferentwicklung zu besuchen. Außerdem wurde den Eltern im Rahmen der Interviews von kieferorthopädischen Assistenten empfohlen, die Zeit, welche die Mädchen den Schnuller im Mund haben, zu reduzieren sowie die Kinder zu vermehrtem Kauen zu animieren, in dem ihnen öfters härtere Nahrungsmittel angeboten werden sollten. Die Prävalenz für die Kreuzbissentwicklung lag in dieser Studie mit 5% deutlich unter der Zahl (26%), welche in vorangegangenen, ebenfalls von Larsson geleiteten Untersuchungen berichtet wurde. Der Autor schlussfolgert, dass es möglich ist, das Risiko für eine Kreuzbissentwicklung zu verringern, indem den Eltern empfohlen wird, die Dauer des Lutschens einzuschränken, indem der Schnuller dem Kind z. B. ausschließlich kurz nach den Mahlzeiten und zum Einschlafen gegeben wird.

Eine Studie (an 218 Kindern im Alter von 24 bis 59 Monaten), die sowohl die Variable Dauer der Lutschgewohnheit pro Tag als auch die Variable Andauern der Lutschgewohnheit in Monaten (Anzahl der Monate von Beginn bis Ende der Lutschgewohnheit) legten Adair et al. (1995) vor: untersucht wurden 120 Kinder mit einer Lutschgewohnheit (Schnuller) und 98 Kinder, die keine Lutschgewohnheit hatten. Die Eltern der Kinder wurden retrospektiv in einem Fragebogen zu den Lutschgewohnheiten ihrer Kinder (Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag sowie Andauern des Schnullergebrauchs in Monaten) befragt. Die Ergebnisse zeigten keinen Zusammenhang zwischen der Dauer des Schnullergebrauchs in Stunden pro Tag und der Milchgebissentwicklung, sehr wohl jedoch zwischen der Dauer der Lutschgewohnheit in Monaten und den Auswirkungen auf die Milchgebissentwicklung. Die durchschnittliche Dauer war bei Kindern mit einem offenem Biss und einem Kreuzbiss höher als bei Kindern, die keinen offenen Biss bzw. Kreuzbiss aufwiesen.

Nicht unumstritten sind die Auswirkungen des Schnullergebrauchs auf das Stillen. Im Rahmen der Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) der WHO und des UNICEF wurden Programme zur Förderung des Stillens entwickelt. Eine der Empfehlungen lautet, gestillten Babies keinen Schnuller zu geben. Eine Schweizer Studie, die diese Empfehlung untersuchte, fand keinen Zusammenhang zwischen dem Schnullergebrauch und der Dauer des Stillens in den ersten sechs Lebensmonaten. Einige andere Studien konnten signifikante Zusammenhänge zwischen dem Schnullergebrauch und einem frühen Abstillen bzw. einer kurzen Stilldauer belegen. Bei den meisten dieser Studien handelt es sich um Längsschnittstudien mit einer Evidenzstufe II-2. Aussagen über den Zusammenhang zwischen dem Schnullergebrauch und der Stilldauer sind möglich, nicht jedoch Aussagen über kausale Zusammenhänge. Als eine mögliche Erklärung wird die sogenannte „Saugverwirrung“ diskutiert. Dieser Hypothese zufolge erlernen Kinder über das Saugen am Schnuller ein falsches Saugmuster, das zu Problemen beim Stillen und in der Folge zum frühen Abstillen führt. Eine andere Vermutung geht davon aus, dass der Schnuller dann eher verwendet wird, wenn die Stillmotivation bei den Müttern von Anfang an nicht hoch ist und er als Mittel zur Befriedigung des Saugbedürfnisses eingesetzt wird, um so das Abstillen zu erleichtern (Adair 2003).

Dass Stillen einen schützenden Effekt im Hinblick auf die Entwicklung eines seitlichen Kreuzbisses im Milchgebiss zu haben scheint, stellten Viggiano et al. (2004) in einer retrospektiven Studie an 1130 drei bis fünfjährigen Kindern fest. Dies traf nicht nur für Kinder ohne Lutschgewohnheiten, sondern auch für Kinder, die einen Schnuller gewohnheitsmäßig verwendeten, zu. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Karjalainen et al. (1999), die feststellten, dass die Prävalenz für einen seitlichen Kreuzbiss mit der Dauer des Stillens abnimmt. Peres et al. (2007) nennen eine Stilldauer von unter neun Monaten als Risikofaktor für die Entwicklung eines Kreuzbisses. Vázquez-Nava et al. (2006) belegten einen Zusammenhang zwischen Kindern, die mit der Flasche ernährt wurden und der Prävalenz für einen Kreuzbiss. Ob (länger) gestillte Kinder eventuell weniger lang oder weniger intensiv am Schnuller saugen, weil das Saugbedürfnis beim Stillen schon mehr oder weniger befriedigt wurde (siehe dazu auch Furtenbach 2005), geht aus diesen Untersuchungen nicht hervor. Viggiano et al. diskutieren als Grund für diesen protektiven Effekt des Stillens auf die Kreuzbissentwicklung, den von Palmer (1998) näher beschriebenen Einfluss des Stillens auf die Entwicklung der Mundhöhle. Beim Trinken aus der Flasche bzw. beim Stillen werden die orofaziale Muskulatur sowie der Gesichtsschädel in ihrer Entwicklung unterschiedlich beeinflusst. Den idealen Stimulus für die optimale Entwicklung sowohl der muskulären als auch der knöchernen Komponenten stellt das Stillen dar. Die Zunge des Säuglings drückt beim Stillvorgang gegen den harten Gaumen und gibt so notwendige Wachstumsstimuli. Ein physiologisch geformter, genügend weiter harter Gaumen ermöglicht die natürliche Anordnung der Zähne und beugt Fehlstellungen vor. Verbleibt die Zunge beim Trinken aus der Flasche oder beim Lutschen am Schnuller in einer niedrigeren Position in der Mundhöhle und fehlt sie somit am Gaumen in ihrer physiologischen Ruhe- und Schluckposition, ist die Folge, dass das Oberkiefer im Verhältnis zum Unterkiefer weniger ausgeprägt ist. Die Differenz zwischen der Ober- und Unterkieferweite stellt den wichtigsten Faktor für die Entwicklung eines Kreuzbisses dar (Larsson 1994, Palmer 1998, Karjalainen et al. 1999, Zardetto et al. 2002, Viggiano et al. 2004).

4.1.2. Das Thema Schnuller in interdisziplinären Reviews

Auch wenn das Thema der vorliegenden Arbeit die logopädische Perspektive in den Vordergrund rückt, sollen andere Aspekte der Schnullerforschung im Sinne der Interdisziplinarität und bestmöglichen Elternberatung nicht außer Acht gelassen werden.

Adair (2003) berichtet in „Pacifier Use in Children: Review of Recent Literature“ neben den in Kapitel 4.1.1. beschriebenen Auswirkungen von Lutschgewohnheiten auf das Gebiss und den Studien zum Thema Schnuller und Stillen von Veröffentlichungen zur Rolle des Schnullers im Zusammenhang mit dem Plötzlichen Kindstod (SIDS), mit Mittelohrentzündungen bzw. anderen Infektionen sowie dem Thema Sicherheit. Was den Zusammenhang zwischen der Verwendung eines Schnullers und dem SIDS betrifft, liegen Untersuchungen mit unterschiedlichen Ergebnissen vor. Einige bestätigen, dass der Schnuller das Risiko des SIDS reduzieren kann, andere nicht. Es wird darauf hingewiesen, dass die veröffentlichten Fall-Kontroll-Studien der Evidenzstufe II-2 zuzuschreiben sind und diese Studien weder den Kausalzusammenhang noch die genauen Mechanismen, die zum schützenden Effekt führen, beweisen können. Es existieren Erklärungen für den in einigen Studien eruierten schützenden Effekt des Schnullergebrauchs im Zusammenhang mit SIDS, diese beziehen sich v.a. auf den Effekt des Schnullers auf die Atmung, die Schlafposition und den Erregungszustand im Schlaf (siehe dazu auch Sexton und Natale 2009 in diesem Kapitel). Was den Zusammenhang zwischen dem Schnullergebrauch und akuten Mittelohrentzündungen anbelangt, so liegen Studien vor, die diesen bestätigen. Wiederum handelt es sich um Längsschnittstudien mit einer Evidenzstufe II-2, die ein Risiko feststellen, jedoch keine direkten ursächlichen Zusammenhänge belegen können. Verschiedenste Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit für eine akute Mittelohrentzündung und die Frage, ob Kinder eher an einer Mittelohrentzündung erkranken, weil sie einen Schnuller erhalten oder eher einen Schnuller zur Beruhigung und Schmerzstillung erhalten, weil sie häufig krank sind, bleibt offen. Als letzten Punkt diskutiert der Autor physikalische, chemische und immunologische Sicherheitsaspekte im Zusammenhang mit der Verwendung eines Schnullers. Physikalische Gefahrenquellen stellen Material und Design des Schnullerschildes sowie der unsachgemäße Schnullergebrauch dar. Seit 1976 existieren Schnuller-Sicherheitsstandards in den USA, die

das Verschlucken, Strangulieren, Aspirieren von bzw. mit Schnullern oder Schnullerteilen verhindern sollen. In den USA ist es verboten, Schnuller mit einer Kette oder ähnlichem zu verkaufen und es wird darauf hingewiesen, Schnuller nicht um den Hals des Kindes zu befestigen. Besorgnis über chemischen Zusätze in der Schnullerproduktion führten in den meisten Industrieländern zu gesetzlichen Regelungen. Es gibt Berichte von Einzelfällen über Latexallergien im Zusammenhang mit der Verwendung eines Schnullers. Der Vergleich zwischen Kindern, die mit oder ohne Schnuller aufwuchsen, zeigte jedoch keine Unterschiede im Hinblick auf die Entwicklung einer Latexallergie.

Sexton und Natale veröffentlichen 2009 in der Publikation *Risks and benefits of pacifiers in American Family Physician* folgende Empfehlung der *American Academy of Pediatrics*: Eltern sollen in Betracht ziehen, ihrem Baby ab einem Alter von einem Monat einen Schnuller zum Einschlafen zu geben, um das Risiko des Plötzlichen Kindstodes (SIDS) zu reduzieren. Es wird darauf hingewiesen, dass bei längerem Schnullergebrauch negative Auswirkungen auf das Stillen, die Zahn- und Kieferentwicklung und Mittelohrentzündungen möglich sind. Zur Verhinderung von Schwierigkeiten beim Stillen wird von der Academy empfohlen, dass Mütter direkt nach der Geburt über die Schnullerverwendung aufgeklärt werden. Erst wenn das Stillen etabliert ist (ca. ab dem 2. Lebensmonat) sollte der Schnuller angeboten werden. Weiters wird empfohlen, dass der Schnuller im Laufe der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres zur Prävention von Mittelohrentzündungen wieder entwöhnt wird. Die Autoren schlussfolgern, dass nicht generell von der Verwendung eines Schnullers abgeraten werden soll. Sie weisen darauf hin, dass der Schnuller in den ersten sechs Lebensmonaten von Nutzen sein kann, dass jedoch ab einem Lebensalter von sechs bis zehn Monaten, ganz besonders ab zwei Jahren, die Risiken und Nachteile überwiegen.

4.2. Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen und Ätiologie von Lutschgewohnheiten

In der Auseinandersetzung mit der Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen wird deutlich, dass zwischen Lutschgewohnheiten und dem physiologischen Saugbedürfnis eines gesunden Säuglings unterschieden werden muss.

Saugen und Schlucken ist bereits pränatal möglich. Ungefähr ab der 12. Schwangerschaftswoche kann der Fötus die Hände zum Mund bringen, ab der 13. Schwangerschaftswoche sind Schluckbewegungen beobachtbar und ungefähr ab der 15. Schwangerschaftswoche ist das Nuckeln am Finger möglich. Die Mundreflexe und Mundreaktionen sind ab der 34. SSW. soweit entwickelt, dass die Nahrungsaufnahme möglich ist. Die Fähigkeit, von Geburt an Nahrung aufnehmen zu können und damit überlebensfähig zu sein, begründet sich auf einer Kombination verschiedener Reflexe und Reaktionen. Dazu gehört die Saug-/Schluckreaktion, eine durch taktile Stimulation der Lippen ausgelöste rhythmische Saug- und Schluckbewegung (Morris, Klein 2001 S. 15ff., van den Engel-Hoek 2008, S. 17ff.).

Das Saugbedürfnis bzw. der Vorgang des Saugens sichert nicht nur das Überleben von Geburt an, sondern stellt für das Neugeborene auch eine Möglichkeit der Beruhigung und Entspannung dar. Dieses Bedürfnis ist vor allem in den ersten drei Lebensmonaten stark ausgeprägt. Ungefähr ab dem 7. Monat nimmt es ab und kann aus neurophysiologischer Sicht als nicht mehr relevant angesehen werden. Ab diesem Zeitpunkt sind die neuromuskulären Strukturen gereift, die Mundreflexe und Mundreaktionen sind zunehmend integriert und mundmotorische Bewegungen sind willkürlich möglich. Das Kind ist nicht nur neurologisch sondern auch, was die Verdauung angeht, ca. ab dem 6. Monat für breiige und ab dem 7.-8. Monat für feste Nahrung bereit. Das Saugen wird durch den Kauvorgang abgelöst (Zardetto 2002).

Heutzutage wird der Schnuller jedoch nicht nur zur Befriedigung des Saugbedürfnisses in der Säuglingszeit verwendet. Es ist durchaus normal und üblich, Kindern den Schnuller bis ins Kleinkind bzw. Vorschulalter zu geben (siehe *Prävalenz* in 2.2.4. *Das Lutschphänomen*). Dies wird unterstützt durch aktuelle Empfehlungen von offizieller Seite, die Lutschgewohnheiten verharmlosen bzw. als Teil der normalen Entwicklung darstellen (*American Dental Association 2009, American Academy of Pediatric Dentistry 2010, Schweizeri-*

sche Gesellschaft für Kieferorthopädie 2010, siehe auch 2.3. *Aktuelle Stellungnahmen bzw. Empfehlungen zum Thema Schnullergebrauch*). Dadurch wird das natürliche Saugbedürfnis künstlich länger aufrecht erhalten. Das Saugen dient nicht mehr der Befriedigung eines natürlichen Bedürfnisses, sondern es wird zur Gewohnheit (in Anlehnung an Zardetto 2002, Stahl et al. 2007, Initiative Kiefergesundheit 2010).

In der Ätiologie von Lutschgewohnheiten kommt dem Stillen eine besondere Bedeutung zu. Sergl (1985) sieht im raschen Abgewöhnen von der Mutterbrust, in der künstlichen Ernährung mit der Flasche oder Sonde aber auch in zu langer Brust- oder Flaschenernährung mögliche Ursachen für die Entstehung von Lutschgewohnheiten. Ascher (1961) zieht aus Beobachtungen an Kindern traditionell lebender Naturvölker den Schluss, dass uneingeschränktes und allein vom Lebensrhythmus des Säuglings bestimmtes Stillen Lutschgewohnheiten verhindert, während nach Zeiten und Menge kontrollierte Flaschenernährung das Lutschen begünstigt. Dieser Meinung ist auch Larsson (1994), der einen evolutionistischen Erklärungsansatz wählt und in der Veränderung der Stillgewohnheiten von Müttern in modernen Gesellschaften im Vergleich zu traditionell lebenden Müttern einen Grund für das Entstehen von Lutschgewohnheiten sieht. Säuglinge werden nicht mehr uneingeschränkt und dem Rhythmus des Babys folgend gestillt. So kann der Säugling das natürliche Saugbedürfnis beim Stillen nicht ausreichend befriedigen. Folglich kann eine Lutschgewohnheit entstehen. Furtenbach (2005) erklärt, dass Lutschgewohnheiten deshalb häufig bei Kindern, die mit der Flasche ernährt bzw. nur kurz gestillt wurden, auftreten, weil die Muskeltätigkeit „zu wenig intensiv bzw. falsch“ ist, „meist auf eine sehr kurze Zeit beschränkt“ ist und „keine Sättigung“ erfährt. „Die Interaktion mit dem leblosen Gummisauger erlaubt kaum differenzierte Anpassungsleistungen der Muskulatur des Kindes, das Prinzip der gegenseitigen Wirksamkeit wird nicht erfahren“ (S. 16).

4.3. Präventive Empfehlungen zum Schnullergebrauch

Von den im Kapitel 2.3. näher beschriebenen aktuellen Empfehlungen bzw. Stellungnahmen zum Thema Schnuller können die der *Interdisziplinären Arbeitsgruppe zum Thema „Flaschensauger und Schnuller“* der Universitätsklinik für Pädiatrie Innsbruck (2008) sowie die der *Initiative Kiefergesundheit* (2010) als Maßnahmen zur primären Prävention einer Lutschgewohnheit eingestuft werden. Die Kernaussagen dieser Stellungnahmen wurden deshalb in die Auswahl der zu vermittelnden Informationen eingearbeitet.

4.4. Auswahl der zu vermittelnden Informationen

Aufgrund der in 4.1., 4.2. und 4.3. dargestellten Ergebnisse der Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung, physiologische Entwicklung der orofazialen Funktionen, Ätiologie von Lutschgewohnheiten sowie aktueller Empfehlungen zum Schnullergebrauch sollen im Informationsfolder folgende Inhalte vermittelt werden:

- Saugen ist ein angeborener Reflex und ein natürliches Bedürfnis. Es dient v.a. zur Nahrungsaufnahme, aber auch zur Beruhigung und Entspannung im Säuglingsalter. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babies optimal trainiert und das natürliche Saugbedürfnis am besten befriedigt. So begünstigt Stillen die normale Kiefer- und Sprechentwicklung. Der Schnuller ist ein Ersatz für die Mutterbrust. Gerade in der Anfangszeit ist es wichtig, dass das Kind das Saugbedürfnis nur an der Brust befriedigt. So wird die Milchbildung angeregt (Furtenbach 2005, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Universitätsklinik Innsbruck 2008, Sexton, Natale 2009).
- Wenn der Schnuller zu lange verwendet wird und zu oft im Mund des Kindes ist, kann sich eine Lutschgewohnheit entwickeln. Oft ist es schwierig, Kinder mit einer Lutschgewohnheit wieder vom Schnuller zu entwöhnen. Das gewohnheitsmäßige Lutschen am Schnuller kann zu Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie zu Störungen der Artikulation führen. Der Schnuller soll so verwendet werden, dass das Saugbedürfnis im Säuglingsalter befriedigt wird, dass aber keine Lutschgewohnheit daraus entsteht. Im Sinne der Primärprävention geht es darum, das Entstehen einer Lutschgewohnheit, welche bis ins Kleinkind-, Vorschul- oder Schulalter bestehen bleibt, zu vermeiden (Zardetto et al. 2002).

- In diesem Sinne ist es wichtig, dass das Baby den Schnuller nur dann bekommt, wenn es in dem Moment auch wirklich ein Saugbedürfnis zeigt und nur so lange im Mund bleiben bis das Saugbedürfnis gestillt bzw. die Beruhigung gelungen ist. Das Weinen des Kindes kann auch Ausdruck eines anderen Bedürfnisses sein. Es liegt in der Verantwortung der Eltern zu entscheiden, wann und wie lange sie ihrem Kind einen Schnuller geben. Der Säugling hat unterschiedlichste Bedürfnisse. Die Eltern sollen aufgefordert werden, den Schnuller bewusst und überlegt zu verwenden (Hahn 2002, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller, Universitätsklinik Innsbruck 2008) .
- Hersteller bewerben ihre Produkte mit Bezeichnungen wie „kiefergerechter Schnuller“, „natürlich geformter Schnuller“, „physiologischer Schnuller“ usw. Diese Bezeichnungen sind irreführend. Jeder Schnuller, egal wie er beschaffen ist, schadet der Zahn- und Kieferentwicklung sowie der Entwicklung der orofazialen Muskulatur des Kindes, wenn er zu lange und zu häufig im Mund des Kindes ist. Die Mütter sollen auf die irreführenden Bezeichnungen aufmerksam gemacht werden. Im Rahmen dieses Informationsfolders wird nicht näher auf die Kriterien möglichst günstig geformter Schnuller eingegangen, weil nicht davon abgelenkt werden soll, dass die Dauer und Häufigkeit der Schnullergabe entscheidend ist (Proffit 1986, Larsson 2001, Warren 2002, Sexton und Natale 2009, Initiative Kiefergesundheit 2010).
- Sobald das Kind Zähne bekommt und Beikost, dann feste Nahrungsmittel zu sich nimmt, tritt das Saugbedürfnis in den Hintergrund. Das Kind will beißen und kauen. Wird der Schnuller weiter verwendet, so wird das Saugbedürfnis künstlich aufrecht erhalten. Das Lutschen am Schnuller ist kein echtes Bedürfnis mehr sondern eine Gewohnheit. Daher ist es sinnvoll, den Schnuller ab dem 8. bis 12. Lebensmonat gar nicht mehr anzubieten. In der physiologischen Entwicklung der Mundfunktionen verliert das Saugen ungefähr ab dem 7. Lebensmonat seine Bedeutung und wird durch den Kauvorgang abgelöst. Alters entsprechendes Nahrungsangebot ist wichtig für die physiologische Entwicklung der orofazialen Muskulatur (Larsson 2001, Zardetto et al. 2002, Initiative Kiefergesundheit 2010).

4.5. Textgestaltung der zu vermittelnden Informationen

Der theoretische Hintergrund für die Aufbereitung der zu vermittelnden inhaltlichen Informationen bilden folgende Forschungserkenntnisse:

Der einfachste und am häufigsten gewählte Ansatz, gesundheitsbezogenes Verhalten zu ändern, ist laut Bennett und Murphy (1998), Betroffenen mit relevanten Informationen zu versorgen. Schriftliche Informationen besitzen im Vergleich zu Informationen, die im persönlichen Gespräch vermittelt werden, den Vorteil, dass sie jederzeit nochmals nachgelesen werden können. Außerdem kann schriftliche Information so verfasst und gestaltet werden, dass die Verständlichkeit optimiert wird. Der Grund, warum schriftliche Informationen (z. B. in Form einer Broschüre oder eines Folders) oft zu keiner Verhaltensänderung beim Leser führt, liegt in der inadäquaten Gestaltung. Oft wird die Zielgruppe nicht ausreichend angesprochen und eine zu komplexe Sprache verwendet (Bennett und Murphy 1998, S. 50 f.).

Für das Verfassen von Informationstexten zur Optimierung der Lesbarkeit empfiehlt die Lesbarkeitsforschung folgendes: bei der Wortwahl sollte auf geläufige und gebräuchliche Wörter geachtet werden. Im Speziellen sind dies Wörter, die früh in der Sprachentwicklung erworben werden, kurze Wörter (nach Buchstaben und Silbenanzahl), keine Fremdwörter, für die Schriftsprache geeignete Wörter, Wörter in gebräuchlicher Bedeutung sowie konkrete Wörter im Gegensatz zu abstrakten (Heijnk 1997, S. 91 f. u. S. 137, Duman, Farrell 2000, S. 46 f.). Was als gebräuchlich bekannt und vorausgesetzt werden kann, hängt von der Zielgruppe ab. Wenn die Zielgruppe groß und damit heterogen ist, sollten die zur Textformulierung eingesetzten Wörter tendenziell einfach sein (Heijnk 1997, S. 60). Aus der psycholinguistischen

Syntaxforschung ist bekannt, dass zur besseren Textverständlichkeit Verben statt Nominalisierungen, Satzreihen statt Satzeinbettungen, keine doppelten Verneinungen verwendet werden sollten sowie, wenn möglich, aktiv formulierte Sätze dem Passiv vorzuziehen sind (Heijnk 1997, S. 97 u. S. 140).

Ley (1988) stellte fest, dass der Prozentsatz der Personen, die schriftliche Informationen lesen, dann hoch ist, wenn die Information in Interviewform aufbereitet ist. Dies bestätigt auch das Textverständlichkeitsmodell von Groeben. Wenn neue Inhalte durch Fragen im Text eingeführt und somit abwechselnd Fragen aufgeworfen und beantwortet werden, wird auf diese Weise Inkohärenz erzeugt und behoben. Dies dient der Textverständlichkeit sowie der Lesermotivation (Heijnk 1997, S. 120 f.).

Eine einfache Methode, eine Verhaltensänderung mittels schriftlicher Information herbeizuführen, ist die Verwendung von Informationsfoldern. Untersuchungen zur Effektivität von Informationsfoldern sind zu unterschiedlichen Ergebnissen gekommen: eine umfassende Übersicht von Gatherer (1979) kommt zu dem Schluss, dass Broschüren oft eingeschränkte und kurzzeitige Wissens- und Verhaltensänderungen bewirken. Spätere Untersuchungen (Roland und Dixon 1989, Brook und Smith 1991, Russell et al. 1979) bestätigen, dass die Lektüre von Informationsbroschüren den Wissensstand und in manchen Fällen das Verhalten verändern. Dies ist jedoch oft von kurzer Dauer (Cole und Holland 1980, Metson et al. 1991). Erkenntnisse der kognitiven Lerntheorie sprechen dafür, dass nachgestellte Zusammenfassungen (des in der Informationsbroschüre zu vermittelnden Textes) positive Effekte auf das Behalten der Information haben (Heijnk 1997, S. 106f.). Während sich der in einer Broschüre vermittelte Inhalt direkt auf die Effektivität auswirkt, spielt auch der Kontext, in welchem eine Broschüre verwendet wird, eine entscheidende Rolle. Signifikante Veränderungen in Bezug auf den Wissensstand und das Verhalten sind dann besonders wahrscheinlich, wenn eine Broschüre in Verbindung mit persönlicher Beratung verwendet wird oder von einer verlässlichen Bezugsquelle bzw. in einem bekannten Kontext übermittelt wird (Russell et al. 1979, McMaster et al. 1985, Ley et al. 1976). Wenig erfolgreich sind vom Leser nicht angeforderte Postwurfsendungen und Broschüren, die nicht von einem Gesundheitsexperten unterstützt werden. Laut einer Studie von Murphy und Smith (1993) bezweifeln viele Gesundheitsexperten die Effektivität der von ihnen verwendeten schriftlichen Gesundheitsinformationen. Ein Großteil glaubte nicht, dass das Wissen zunehme bzw. sich das Verhalten ändere, viele glaubten zudem, dass die Informationen in den meisten Fällen gar nicht gelesen würden (Bennett und Murphy 1998, S. 64 f.).

4.6. Ergebnisse der Qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews mit den Müttern von Neugeborenen

4.6.1. Kategorie 1: Einsatzmöglichkeiten des Schnullers (EM)

Definition

In der Kategorie Einsatzmöglichkeiten wurden sämtliche Antworten der Versuchspersonen, die den Sinn und Zweck der Verwendung eines Schnullers im Allgemeinen zum Inhalt hatten, erfasst.

Ergebnisse

EM 1- Als Beruhigungsmittel

Zum Zeitpunkt 1 der Befragung, also vor der Lektüre des Folders, wurde „Beruhigung“ fünf Mal bzw. einmal „Trost“ (im Sinne von Beruhigung) als Einsatzmöglichkeit genannt:

VP 1: „es soll wirklich nur am Anfang sein, zur Beruhigung“

VP 2: „Wenn es quengelig ist, wahrscheinlich und ansonsten, zur Beruhigung halt.“

VP 3: „Ja, genau, damit er ruhig ist.“

VP 5: „Also ich würde jetzt mal sagen, Beruhigungsmittel.“

VP 6: „*Es ist halt ein guter Tröster.*“

VP 7: „*Beruhigungseffekt. Und eben auch das Bedürfnis nach den Nuckeln, das wird gestillt.*“

Auf die Frage, was im Informationsfolder als sinnvolle Einsatzmöglichkeit des Schnullers genannt wird, antworten alle 7 Versuchspersonen (VP 4 konnte zum Zeitpunkt 2 nicht befragt werden) mit Äusserungen, die dem Item Beruhigungsmittel entsprechen:

VP 1: „*Um das Kind zu beruhigen, und halt, es ist ein natürliches Bedürfnis. Ja, das war's dann, das hab ich noch im Kopf.*“

VP 2: „*....wenn er Bauchweh hat oder so, dann ist es gut zur Entspannung und so.*“

VP 3: „*Also zum Beruhigen nehme ich den Schnuller. Sonst nicht.*“

VP 5: „*Aber wir brauchen ihn, sonst geht's nicht. Als Beruhigungsmittel, sozusagen.*“

VP 6: „*Ja, wenn sie weint, dann nützt halt das Bäpfchen. Und zum Einschlafen will sie ihn auch.*“

VP 6: „*Ja, halt, dass man ihn nicht zu lange drinnen lässt, den Bapf. Halt nur zum Beruhigen nehmen.*“

VP 6: „*Ja, dass man es ihnen zur Beruhigung gibt.*“

VP 7: „*Ja, Beruhigung.*“

VP 8: „*Also, Vorteil ist Beruhigungsmittel und es steht, glaub ich auch drinnen, als Vorbeugungsmaßnahme gegen den plötzlichen Kindstod....dass man ihn zum Einschlafen nehmen soll.*“

EM 2- Als Einschlafhilfe

Zum Zeitpunkt 1 erwähnt eine Versuchsperson den Schnuller als Einschlafhilfe:

VP 1: „*Also meine Kleine nimmt ihn zum Einschlafen, ich möchte ihn zum Einschlafen verwenden...*“

Zum Zeitpunkt 2 wird dieses Item von zwei anderen Versuchspersonen genannt.

VP 6: „*Ja, wenn sie weint, dann nützt halt das Bäpfchen. Und zum Einschlafen will sie ihn auch.*“

VP 3: „*....ja, wenn er sehr unruhig ist, dass muss ich ihn ihm halt geben, damit er schlafen kann.*“

EM 3 – Zur Sauganregung

Das Anregen des Saugens wird von zwei Versuchspersonen zum Zeitpunkt 1 auf die Frage nach Einsatzmöglichkeiten des Schnullers genannt:

VP 6: „*Das Saugen halt, das regt es schon ein bisschen an.*“

VP 8: „*Der Saugreflex wird angeregt.*“

Zum Zeitpunkt 2 ist dieses Item nicht mehr repräsentiert.

EM 4 – Zur Befriedigung des Saugbedürfnisses

Diese Item wird zum Zeitpunkt 1 von zwei Befragten genannt:

VP 1: „Also, am Anfang wollte ich eigentlich auf den Schnuller verzichten, aber ich habe gemerkt, dass meine Kleine einen gewaltigen Saugdrang hat und bevor ich ihr die ganze Zeit meine Brust geben muss, gebe ich ihr einen Schnuller. Es hat eigentlich ganz gut funktioniert. Sie saugt nur am Anfang, bis sie tief schläft...“

VP 7: „Also, sie hat jetzt auch einen bekommen, weil sie so ein starkes Saugbedürfnis hat. Wir haben ihr zuerst eine Flasche gegeben und dann wollte sie immer noch Saugen und dann hat sie einen Schnuller bekommen und ich habe schon das Gefühl, dass sie ihn manchmal einfach braucht.“

I.: „So, zum Befriedigen des Saugbedürfnisses?“

VP 7: „Hm, ja, genau.“

Zum Zeitpunkt 2 geben zwei Versuchspersonen auf die Frage, was im Folder als Einsatzmöglichkeit des Schnullers beschrieben wird, folgende Antworten, die diesem Item entsprechen:

VP 1: „Um das Kind zu beruhigen, und halt, es ist ein natürliches Bedürfnis. Ja, das war's dann, das hab ich noch im Kopf.“

VP 2: „...dass der Saugreflex bei Kindern ja ohnehin da ist und dass es auch wichtig wäre, den zu unterstützen.“

EM 5 – Zur Kräftigung der Gaumenmuskulatur

Zum Zeitpunkt 1 gibt eine Versuchsperson folgende Antwort auf die Frage nach Einsatzmöglichkeiten:

VP 5: „Also beim Schnuller, ich weiß nicht, ob das stimmt, also was ich gehört habe, einmal, ist, dass es am Gaumen die Muskulatur so ein bisschen kräftigt, aber nicht so stark wie die Mutterbrust beim Stillen.“

Dieses Item ist zum Zeitpunkt 2 nicht mehr repräsentiert.

EM 6 – Zur Vermeidung von SIDS

Eine Versuchsperson erwähnt zum Zeitpunkt 1 den Schnuller zur Vermeidung von SIDS:

VP 8: „...aber gerade, wenn es um die Vermeidung des Plötzlichen Kindstod geht, da sagt man ja wieder, dass der Schnuller gut sei, beim Einschlafen halt.“

Die gleiche Versuchsperson gibt zum Zeitpunkt 2 auf die Frage nach Einsatzmöglichkeiten, die im Folder beschrieben sind, dieses Item an:

Vp 8: „Also, Vorteil ist Beruhigungsmittel und es steht, glaub ich auch drinnen, als Vorbeugungsmaßnahme gegen den Plötzlichen Kindstod.... dass man ihn zum Einschlafen nehmen soll.“

EM 7 - Als Schnelle Lösung

Zum Zeitpunkt 1 nennt eine Versuchsperson auf die Frage nach Einsatzmöglichkeiten den Schnuller als „Lösung für den Moment“:

VP 4: „Vorteile gibt es weniger, also das ist nur eine Lösung für den Moment- wenn man gerade im Stress ist, keine Zeit zum Stillen hat, ok, man gibt den Schnuller... eine Notlösung, sagen wir so.“

Zum Zeitpunkt 2 berichtet eine andere Versuchsperson aus Erfahrung und nicht in direktem Bezug zum Folder vom Schnuller als schnelle Lösung:

VP 6: „Ja, wenn sie Hunger haben und man die Flaschen nicht rechtzeitig fertig hat, ja, so ist es zumindest bei uns!“

EM 8- Bei ständigem Bedürfnis nach Nahrung

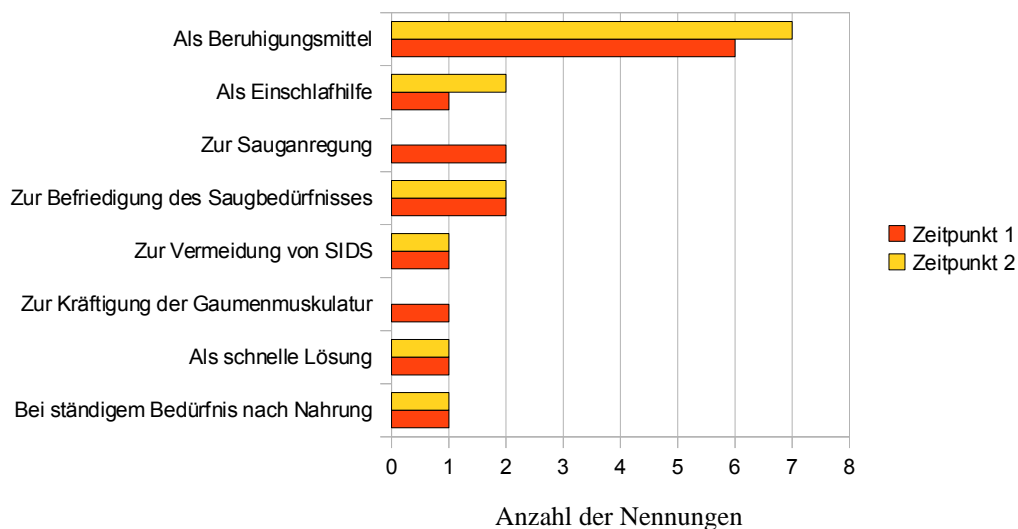
Zum Zeitpunkt 1 wird diesem Item einmal genannt:

VP 6: „Ja, wenn sie immer Hunger haben, ja zwischendurch, dass man mit dem Schnuller probiert.“

Zum Zeitpunkt 2 nennt eine Mutter die folgende Antwort, welche diesem Item sowie dem Item *Zur Vergrößerung der Stillabstände* in der Kategorie 5 *Indikationen* zugeteilt wurde:

VP 7: „Ja, also, sie hat den Schnuller zu Beginn verweigert, mittlerweile nimmt sie ihn jetzt. Ich gebe ihn ihr, um das Trinken ein bisschen hinauszuzögern, dass ich nicht jede Stunde stillen muss. Und dann gebe ich ihr dann manchmal den Schnuller und zur Beruhigung gebe ich ihn ihr.“

Graphische Darstellung der Kategorie 1 *Einsatzmöglichkeiten*:



Zusammenfassung Kategorie *Einsatzmöglichkeiten*:

Das Item *Beruhigungsmittel* wird zum Zeitpunkt 1 von sechs der acht Versuchspersonen genannt, zum Zeitpunkt 2 von allen sieben zu diesem Zeitpunkt Befragten. *Einschlafhilfe* erwähnt zum Zeitpunkt 1 eine Versuchsperson, während es zum Zeitpunkt 2 zwei sind. Das *Anregen des Saugens* nennen zum Zeitpunkt 1 zwei Mütter, zum Zeitpunkt 2 wird es nicht mehr genannt, während das *Befriedigen des Saugbedürfnisses* bei der ersten Befragung sowie bei der zweiten Befragung zweimal repräsentiert. Die *Kräftigung der Gaumenmuskulatur* wird zum Zeitpunkt 1 von einer Person genannt und ist zum Zeitpunkt 2 nicht mehr vertreten. Die *Vermeidung von SIDS* äußert eine Versuchsperson zu beiden Zeitpunkten. Den Schnuller als *schnelle Lösung* sieht eine Versuchsperson, die dem Schnuller gegenüber negativ eingestellt ist, zum Zeitpunkt 1, zum Zeitpunkt 2 wird diese Item von einer anderen Mutter mit positiver Konnotation erwähnt. Den Schnuller als *Möglichkeit bei ständigem Bedürfnis des Babys nach Nahrung* nennt zu beiden

Zeitpunkten jeweils eine andere Befragte.

4.6.2. Kategorie 2: Risiken des Schnullergebrauchs (R)

Definition

Risiko wird als „die eingeschätzte Wahrscheinlichkeit von Gefahr“ (Wiktionary 2010) definiert. Diese Kategorie enthält Antworten, welche die Gefahren und Nachteile der Schnullerverwendung sowie Befürchtungen der Versuchspersonen im Zusammenhang mit der Verwendung des Schnullers thematisieren.

Ergebnisse

R 1 Zahn- und Kieferfehlstellungen

Zum Zeitpunkt 1 erwähnen fünf Versuchspersonen Zahn- bzw. Kieferfehlstellungen auf die Frage nach Risiken des Schnullergebrauchs.

VP 1: *„Risiken... (...) und halt, dass es für die Zähne nicht gut ist.“*

VP 4: *„Ich weiß, dass es zu Veränderungen im Kiefer führt und auch logopädische Probleme auftreten können, das heißt die Sprache, die Artikulation kann verändert werden, oder, und dann haben die Kinder später Sprachprobleme. Darüber habe ich mich ein bisschen informiert....Die Nachteile, ja, wie gesagt, ich habe Fotos gesehen, da war der Kiefer komplett verändert, zuerst der Kiefer und dann, dass es zu Sprachproblemen führt, dass die Kinder falsch artikulieren und so – ich würde das vermeiden wollen, so viel wie möglich. Ich würde das vermeiden und nicht empfehlen.“*

VP 6: *„Ja, halt, ersticken können sie, wenn sie ihn abbeißen, wenn sie dann einmal Zähne haben und das Kiefer verformen, wenn man keinen richtigen hat, ja das ist, glaub ich das Wichtigste.“*

VP 7: *„Hm, Zahnfehlstellungen, ja, also, eher negative Sachen, wobei ich auch schon gehört habe, dass man Schnuller schon weiter entwickelt hat und dass es nicht mehr so schlimm ist.“*

VP 8: *„Man sagt zwar in den ersten drei Wochen nicht, wegen dem....“*

I.: *„Dem Stillen?“*

VP 8: *„Nein, wegen dem Kiefer irgendwie..“*

I.: *„Wer sagt das?“*

VP 8: *„Das hab ich auch schon gehört, wegen der Bildung des Kiefers in den ersten paar Wochen, aber gerade, wenn es um die Vermeidung des Plötzlichen Kindstod geht, da sagt man ja wieder, dass der Schnuller gut sei, beim Einschlafen halt.“*

Zum Zeitpunkt 2 können Antworten von allen sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatten und zu diesem Zeitpunkt befragt werden konnten, diesem Item zugeordnet werden:

VP 1: *„Das Risiko, was ich mich noch erinnern kann, ist vor allem Zahnstellung, Kieferverformung und was auch noch war, ist, dass die Sprachentwicklung gestört wird.“*

VP 2: *„Ja, also wegen dem Kiefer. Wenn dann die ersten Zähne kommen. Dass zwar auf dem Schnuller kiefergerecht steht, dass es aber keinen kiefergerechten Schnuller gibt. Das in erster Linie.“*

VP 5: *„Dass der Schnuller, auch so ein kieferspezifischer, die können auch so Kieferfehlstellungen bewirken und dass der Schnuller nur dann, wenn es wirklich notwendig ist, im Mund sein soll und nicht nur einfach so. Also nicht die ganze Zeit, weil sonst auch noch Sprachstörungen auftreten können. Ja, das hab ich noch in Erinnerung gehabt.“*

VP 6: „Ja, halt, dass man schaut, dass es ein guter Bapf ist, wegen dem Kiefer. Dass es dort keine Fehlstellung gibt. Dass man ihn halt nicht zu lange drinnen lässt..... dass man ihn wieder abgewöhnt...das ist glaub ich alles.“

VP 7: „Ja, Zahnfehlstellungen, es wird diskutiert, ob es wirklich zu Zahnfehlstellungen führen kann.“

VP 8: „Dass es zu Kieferfehlstellungen kommen kann. Und zu Sprachstörungen, halt Störungen in der Sprachentwicklung.“

R 2 Sprachentwicklungsstörungen

Zum Zeitpunkt 1 antworten drei der acht befragten Versuchspersonen diesem Item entsprechend:

VP 1: „Risiken... also ich weiß, dass es einfach die Sprachentwicklung stört, was ja logisch ist, da kann man ja nicht richtig reden lernen, mit dem Schnuller. Und halt, dass es für die Zähne nicht gut ist.“

VP 4: „Ich weiß, dass es zu Veränderungen im Kiefer führt und auch logopädische Probleme auftreten können, das heißt die Sprache, die Artikulation kann verändert werden, oder und dann haben die Kinder später Sprachprobleme. Darüber habe ich mich ein bisschen informiert....Die Nachteile, ja, wie gesagt, ich habe Fotos gesehen, da war der Kiefer komplett verändert, zuerst der Kiefer und dann, dass es zu Sprachproblemen führt, dass die Kinder falsch artikulieren und so – ich würde das vermeiden wollen, so viel wie möglich. Ich würde das vermeiden und nicht empfehlen.“

VP 7: „Keine Ahnung, Sprachfehler eventuell?“

Zum Zeitpunkt 2 können wiederum Antworten von drei Versuchspersonen diesem Item zugeordnet werden. Eine Versuchsperson, die zum Zeitpunkt 1 diesbezüglich geantwortet hatte, konnte nicht mehr befragt werden (VP 4), eine andere erwähnte diesem Item zum Zeitpunkt 2 nicht mehr (VP 7) und wiederum eine andere Versuchsperson (VP 5) erwähnte diese Item zum Zeitpunkt 2 zum ersten Mal.

VP1: „Das Risiko, was ich mich noch erinnern kann, ist vor allem Zahnstellung, Kieferverformung und was auch noch war, ist, dass die Sprachentwicklung gestört wird. Das ist ja logisch, das war mir auch schon klar. Und mit dem Karies ist noch etwas gewesen.“

VP 5: „Also nicht die ganze Zeit, weil sonst auch noch Sprachstörungen auftreten können. Ja, das hab ich noch in Erinnerung gehabt.“

VP 8: „Dass es zu Kieferfehlstellungen kommen kann. Und zu Sprachstörungen, halt Störungen in der Sprachentwicklung.“

R 3 Karies

Zum Zeitpunkt 1 der Befragung erwähnen vier Versuchspersonen Karies als Risiko in der Verwendung des Schnullers:

VP 3: „Zum Beispiel darf man den Schnuller nicht in den eigenen Mund nehmen, niemand außer dem Kind darf ihn in den Mund nehmen, man muss ihn waschen oder sonst irgendwie sauber machen. Auf jeden Fall darf man ihn auf keine Fall in den Mund hineingeben, auf keine Fall, das ist nicht gut.... also, das ist ein Risiko, dass man Karies weitergeben könnte...“

VP 4: „Ja, man sollte den Schnuller nicht in den Mund nehmen, weil man so leicht Bakterien übertragen kann...“

VP 5: „Höchstens dass, wenn er halt runter fällt, dass er dann halt so auch Keime und alles möglich hinterlassen könnte. Und wenn die Mutter den dann in den Mund steckt, dass sie dann halt Paradontose und Karies und so weitergeben kann. Also, man denkt da in dem Moment halt nicht dran und gibt es dann dem Kleinen dann halt doch noch, obwohl man es kurz davor im Mund hatte.“

VP 6: „Ja, wenn er auf den Boden fällt, dass man ihn ordentlich reinigt, dass man ihn selber nicht in den Mund nimmt, wegen der Bakterien halt.“

Zum Zeitpunkt 2 wird dieses Item von einer anderen Versuchsperson genannt:

VP 1: „Und mit dem Karies ist noch etwas gewesen.“

R 4 Giftiges Material

Drei Versuchspersonen geben zum Zeitpunkt 1 Giftige Material als Risikofaktor in der Verwendung des Schnullers an:

VP 1: „Hm, was ich kürzlich gehört habe, ist der Skandal um das BPA in den Schnullern, das hat mir Kopferbrechen gemacht, aber da habe ich mir jetzt einige Informationen geholt...“

VP 5: „Und es gibt ein paar Schnuller, die haben ein giftiges Mittel drin, wüsste ich jetzt aber nicht, welches, ich weiß, dass es da Unterschiede gibt.“

VP 8: „Hm, ich denk jetzt nicht, dass sie ihn verschlucken können! Eine hat mir mal erzählt, dass sie im Fernsehen eine Reportage gesehen hat, da hat man eine Studie gemacht, dass es viele Schnuller gibt, bei denen nicht das Gummiteil sondern das Plastik, der Schild, giftig sind.“

Diesem Item wird zum Zeitpunkt 2 nicht mehr genannt.

R 5 Erstickungsgefahr

Zwei Versuchspersonen erwähnen zum Zeitpunkt 1 in den Interviews *Ersticken* als Risiko, wobei eine Versuchsperson (VP 8) das Item zwar erwähnt, als jedoch nicht relevant einstuft:

VP 6: Ja, halt, ersticken können sie, wenn sie ihn abbeißen, wenn sie dann einmal Zähne haben...“

VP 8: „Hm, ich denk jetzt nicht, dass sie ihn verschlucken können!“

Diese Item ist zum Zeitpunkt 2 nicht mehr repräsentiert.

R 6 Intelligenzminderung

Zum Zeitpunkt 1 gibt eine Versuchsperson Auswirkungen auf die Intelligenz als mögliches Risiko in der Verwendung des Schnullers an:

VP 3: „Hm, ja, ich habe gehört, dass Kinder, die einen Schnuller haben, hm, wie soll ich das erklären, dass sie in Zukunft nicht so intelligent werden...“

I.: „Weil sie einen Schnuller haben?“

VP 3: „Ja, hab ich mal gehört, hab ich mal von anderen gehört, aber da hab ich gesagt, da gibt es viele Kinder, die einen Schnuller haben und ganz normal sind. Hm, ich weiß ja nicht, ob das stimmt, aber das hab ich gehört.“

Diese Item ist zum Zeitpunkt 2 nicht mehr repräsentiert.

R 7 Gewohnheit

Zum Zeitpunkt 1 erwähnen zwei Versuchsperson Gewohnheit bzw. Abhängigkeit als Risiko:

VP 2: „Also, aus einem Gespräch mit einer Mama ist mir in Erinnerung geblieben, also ihre Kinder sind älter, sie hat drei Kinder bekommen, immer im Abstand von zwei bis drei Jahren, der Älteste hat im Alter von 8 Jahren immer noch einen Schnuller verwendet, aber einfach nur darum, weil immer wieder ein Geschwisterchen nachgekommen ist und mit dem hat er dann immer wieder angefangen, den Schnuller zu nehmen. Man hat es ihm dann schon abgewöhnt, aber er hat ihn dann immer wieder genommen. Und da denke ich mir, wenn sie es sich erst gar nicht angewöhnen, dann ist es vielleicht besser.“

VP7: „Ja, halt dass sie abhängig werden können, ... hm..“

Dieses Item wird zum Zeitpunkt 2 von einer Mutter, die dies auch schon bei der ersten Befragung thematisiert hatte, genannt:

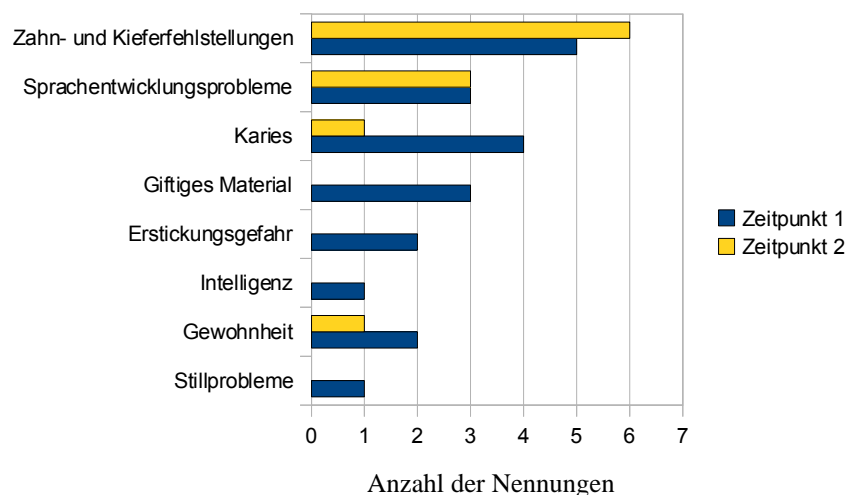
VP 7: „Dass das Abgewöhnen manchmal schwer fällt, dass man es abgewöhnen muss. Nein, sonst fällt mir nichts mehr ein.“

R 8 Stillprobleme

Eine Versuchsperson gibt zum Zeitpunkt 1 an, dass sie Probleme beim Stillen befürchtet hatte:

VP 1: „Weil ich Angst hatte, dass sie dann nicht richtig an der Brust trinkt, dass sie verwirrt wird, weil ich davon auch schon gehört habe.“

Graphische Darstellung der Kategorie 2 Risiken:



Zusammenfassung Kategorie *Risiken*:

Zahn- und Kieferfehlstellungen sind sowohl zum Zeitpunkt 1 als auch zum Zeitpunkt 2 mit fünf bzw. Nennungen die am häufigsten erwähnten Risiken. Zum Zeitpunkt 1 werden zwei dieser fünf Aussagen in so fern relativiert, als dass auf den sogenannten „richtigen“ Schnuller bzw. auf die Weiterentwicklung der Schnuller verwiesen wird. Eine Versuchsperson schränkt das Risiko auf die ersten paar Lebenswochen des Kindes ein, in denen aufgrund der Gefahr von Kieferfehlstellungen kein Schnuller verwendet werden sollte. Zum Zeitpunkt 2 erwähnt eine Versuchsperson, die auch zum Zeitpunkt 1 die Wichtigkeit des richtigen Schnullers betont, diesen Punkt nochmals. Die im Informationsfolder vermittelte Warnung, dass auch sogenannte kiefergerechte Schnuller, wenn sie zu oft und zu lange verwendet werden, zu Zahn- und Kieferfehlstellungen führen können, wird von zwei Versuchspersonen, die diesen Punkt beim ersten Interview nicht anführten, erwähnt.

Was Sprachentwicklungsprobleme betrifft, so ändert sich der Informationsstand bei den Versuchspersonen im wesentlichen mit der Lektüre des Folders nicht. Zum Zeitpunkt 1 wird diese Item drei Mal genannt, zum Zeitpunkt wiederum drei Mal, wenn auch nicht von den gleichen Personen.

Die Items Karies, Giftiges Material, Erstickungsgefahr und Intelligenzminderung sind im Folder nicht thematisiert. Sie werden von den Versuchspersonen bis auf eine Ausnahme (Karies) nur zum Zeitpunkt 1 genannt. Zum Zeitpunkt 2 wird konkret nach den im Folder genannten Risiken gefragt.

4.6.3. Kategorie 3: Informationsquellen der Mütter (I)

Definition

Die Kategorie *Informationsquellen* beinhaltet sämtliche Antworten auf die zum Zeitpunkt 1 gestellte Frage, ob sich die Versuchspersonen bereits vor der Geburt des Kindes zum Thema Schnuller informiert hatten bzw. wenn ja, woher sie diese Informationen bezogen hatten.

Ergebnisse

Sechs der acht Interviewpartnerinnen gaben beim ersten Interview an, bereits Informationen zum Thema Schnuller zu haben, zwei verneinten diese Frage.

Die Versuchspersonen, die sich nicht informiert hatten, begründeten dies folgendermaßen:

VP 2: „Nein, eigentlich hatte ich gedacht, ich hätte noch ein bisschen Zeit, nein, ich habe gedacht, ich lasse es auf mich zukommen. Ich fühle mich hier im Spital gut aufgehoben, hier kennen sie sich aus und beantworten meine Fragen.“

VP 7: „Nein, gar nicht, ich wollte es ja gar nicht probieren mit dem Schnuller.“

Diese Versuchsperson (VP 7) gab dann jedoch an, aus dem Familien- und Bekanntenkreis Informationen bekommen zu haben (siehe I 4).

Die Antworten der Versuchspersonen, die sich informiert hatten und die dann gefragt wurden, wo sie sich informiert hatten, ergeben folgende Items:

I 1- Internet

Drei Versuchspersonen hatten sich im Internet informiert:

VP 1: „Äh, aus dem Internet. Ich habe gesehen, dass es da schon Studien gibt, also, dass man die BPA-Werte in Schnullern gemessen hat und dass die MAM-Schnuller BPA-frei sind.“

VP 4: „... und auch so im Internet hab ich mal geschaut, Schnuller und so, was sind die Vorteile, was die Nachteile und so.“

VP 5: *„Nein, nur gehört halt, aus dem Internet, da hab ich eine Schlagzeile gelesen, aber eher so nebenbei halt.“*

I 2- Bücher und Zeitschriften

Zwei Frauen erwähnten Bücher und Zeitschriften:

VP 6: *„So, vom Lesen her halt.“*

I.: *„Haben Sie schon darüber gelesen? In Büchern oder in Zeitschriften oder wo?“*

VP 6: *„Ja, in Babybüchern und Zeitschriften und letztes Mal halt, die Zahnprophylaxe...“*

VP 8: *„In so verschiedenen Babyheftchen, was man halt so in der Schwangerschaft liest.“*

I 3- Babyfachgeschäft

Eine Versuchsperson nannte ein Babyfachgeschäft:

VP 1: *„Ich habe noch mit einer Geschäftsfrau, mit der Geschäftsleiterin von P. (Name eines Babyfachgeschäftes) diskutiert, die gesagt hat, die Sache um die BPA-Werte sei reine Hysterie und sie wollte trotzdem bei ihren Produkten bleiben. Mit ihr habe ich diskutiert, weil ich wissen wollte, warum die das Produkt MAM nicht hat. Ich habe sie darauf aufmerksam gemacht, aber sie hat da abgeblockt.“*

I 4- Bekannte und Familie

Zwei Frauen gaben Bekannte und Familie als Informationsquellen an:

VP 3: *„Von Bekannten habe ich einiges gehört und es war eine Kollegin von Ihnen da...“*

VP 7: *„Ja, aus dem Bekanntenkreis, Familie...“*

I 5- Zahngesundheitserzieherin

Drei Versuchspersonen nannten die Zahngesundheitserzieherinnen, die direkt auf der Wochenstation über Zahngesundheit informieren:

VP 3: *„Von Bekannten habe ich einiges gehört und es war eine Kollegin von Ihnen da...“*

I.: *„Die Zahngesundheitserzieherin vom aks?“*

VP 3: *„Ja genau, sie hat uns das erklärt, auch mit Bildern, da hat man richtig gesehen, man darf den Schnuller nicht in den Mund rein tun. Richtig voll mit Bakterien und wie man ihn sauber hält und so...“*

VP 4: *„Ich habe auch die Broschüre vom Montag, äh, da ...“*

I.: *„Von der Zahngesundheitserziehung?“*

VP 4: *„Ja, genau, die habe ich gelesen und auch so im Internet hab ich mal geschaut, Schnuller und so, was sind die Vorteile, was die Nachteile und so.“*

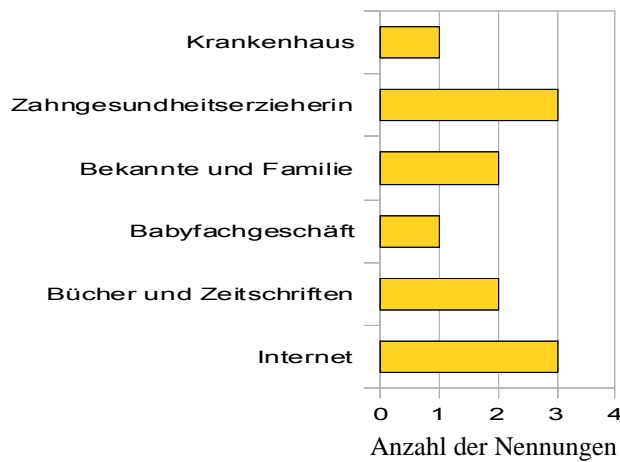
VP 6: *„... und letztes Mal halt, die Zahnprophylaxe...“*

I 6- Krankenhaus

Eine Versuchsperson nannte die Informationsmappe des Krankenhauses:

I.: *„Und besonders in Erinnerung ist Ihnen geblieben, dass der Schnuller zur Vorbeugung vom Plötzlichen Kindstod gut ist?“*

VP 8: *„Ja, und ich habe es heute auch noch einmal gelesen, in einer Mappe vom Krankenhaus.“*

Graphische Darstellung der Kategorie 3 *Informationsquellen*:Zusammenfassung der Kategorie 3 *Informationsquellen*:

Sieben der zum Zeitpunkt 1 befragten acht Mütter hatten sich bis zum Messzeitpunkt 1 über das Thema Schnuller informiert. Drei Versuchspersonen im Internet, zwei erwähnen Bücher und Zeitschriften, zwei gaben Bekannte und Familie als Informationsquelle an und eine Person nennt ein Babyfachgeschäft. Die Zahngesundheitserzieherinnen, die direkt auf der Wochenstation über Zahngesundheit informieren, werden von drei Müttern und eine Informationsmappe des Krankenhauses vor Ort wird von einer Frau genannt.

4.6.4. Kategorie 4: Entscheidung für bzw. gegen die Verwendung eines Schnullers*Definition*

In dieser Kategorie ist erfasst, wie sich die Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten bezüglich der Verwendung eines Schnullers generell entschieden hatten: ob sie den Schnuller prinzipiell verwenden wollten oder prinzipiell nicht verwenden wollten bzw. dann tatsächlich verwendeten.

*Ergebnisse***Vor der Geburt**

Zum Zeitpunkt 1 wurden die Versuchspersonen gefragt, wie sie vor der Geburt des Kindes über den Gebrauch eines Schnullers gedacht hatten bzw. ob sie sich schon vor der Geburt des Kindes für oder gegen einen Schnuller entschieden hatten.

Vier Frauen gaben an, sich vor der Geburt des Kindes gegen die Verwendung eines Schnullers entschieden zu haben.

Subkategorie 4a: Begründung der Entscheidung gegen die Verwendung eines Schnullers

Von den vier Versuchspersonen wurden vier verschiedene Gründe genannt:

- Angst vor Stillproblemen

VP 1: „Weil ich Angst hatte, dass sie dann nicht richtig an der Brust trinkt, dass sie verwirrt wird, weil ich davon auch schon gehört habe. Das war bei meiner Kollegin so, die hat zugefüttert mit der Flasche und dann wollte er nicht mehr an der Brust trinken.“

- Lutschgewohnheit/ Problem des Entwöhnens

VP 2: „Einfach, weil dann das Problem des Abgewöhnens nicht gegeben ist und ich habe im Bekanntenkreis zwei Kinder, die auch keinen Schnuller genommen haben. Man hat ihn ihnen angeboten, sie wollten ihn nicht“

unbedingt und dann möchte ich ihn auch nicht aufzwingen. Ich möchte nicht sofort, wenn das Kind schreit, ihm den Schnuller in den Mund stecken, sondern kurz abwarten, aber wie gesagt, ich gebe auch gerne einen Schnuller, wenn ich das Gefühl habe, es braucht einen.“

- Der Schnuller als etwas Künstliches

VP 4: „Ja, ich möchte das einfach nicht... Für mich ist das etwas Künstliches, etwas das nicht normal ist. Wie gesagt, eine Notlösung, etwas Artifizielles, das man eigentlich nicht braucht, das man nur erfunden hat, aus Gemütlichkeit und aus....hm?“

- Negative Assoziationen überwiegen

VP 7: „Weil ich gedacht habe, wenn sie es nicht braucht, dann nehmen wir ihn gar nicht.“

I.: „Warum nicht?“

VP 7.: „Das weiß ich jetzt auch nicht. Na ja, wahrscheinlich, weil mir das negative eher im Kopf geblieben ist als das Positive?“

Eine Frau äußerte sich unentschieden:

VP 5: „Ach ich denk, die Natur, die hat da so viel bereit gestellt, da kann man es erst mal ohne probieren, manche mögen den Schnuller ja gar nicht, die nehmen lieber den Daumen. Ach, das werden wir dann sehen...also wenn er dann zu unruhig ist, dann bin ich auch Gott froh, wenn ich ihn dann habe.“

Drei Versuchspersonen gaben an, sich schon vor der Geburt des Kindes für den Schnuller entschieden zu haben.

Subkategorie 4b: Begründung für die Entscheidung für die Verwendung eines Schnullers

Folgende Gründe wurden genannt:

- Beruhigung/Trost:

VP 3: „Schon, aber nur zum Beruhigen.“

VP 6: „Ja, halt einfach, dass man einen Tröster hat.“

VP 8: „Ja, schon eher dafür. Einfach, weil man sie dann besser beruhigen kann. Wenn einmal jemand anderer auf sie aufpasst, dann ist das einfach einfacher für denjenigen.“

- Vorteile für andere Betreuungsperson

VP 3: „...zum Beispiel wenn ich Duschen gehe und wenn er weint und jemand anders aufpasst, das können sie ihm mit dem Schnuller beruhigen.“

VP 8: „Ja, schon eher dafür. Einfach, weil man sie dann besser beruhigen kann. Wenn einmal jemand anderer auf sie aufpasst, dann ist das einfach einfacher für denjenigen.“

Zum Zeitpunkt 1 (Interview auf der Wochenstation)

Zum Zeitpunkt 1, auf der Wochenstation, als die Kinder zwischen einem halben Tag und vier Tagen alt waren, war die Situation folgende:

Für zwei (VP 1, VP 7) der vier Frauen, die berichteten, dass sie den Schnuller eigentlich nicht verwenden wollten, änderte sich die Situation mit der Geburt des Kindes. Als Grund nannten beide das Saugbedürfnis des Babys:

VP 1: *„Also, am Anfang wollte ich eigentlich auf den Schnuller verzichten, aber ich habe gemerkt, dass meine Kleine einen gewaltigen Saugdrang hat und bevor ich ihr die ganze Zeit meine Brust geben muss, gebe ich ihr einen Schnuller. Es hat eigentlich ganz gut funktioniert. Sie saugt nur am Anfang bis sie tief schläft...“*

VP 7: *„ Also, sie hat jetzt auch einen bekommen, weil sie so ein starkes Saugbedürfnis hat. Wir haben ihr zuerst eine Flasche gegeben und dann wollte sie immer noch Saugen und dann hat sie einen Schnuller bekommen und ich habe schon das Gefühl, dass sie ihn manchmal einfach braucht.“*

Die anderen beiden (VP 2, VP4) verwendeten den Schnuller gleich nach der Geburt nicht, hatten sich den Kinderkrankenschwestern gegenüber aber auch nicht komplett gegen die Verwendung ausgesprochen:

VP 4: *„Ich würde das nicht empfehlen und ich würde es soviel wie möglich vermeiden...ich habe das jetzt hier auf der Station nicht verboten. Ich will aber versuchen, den Schnuller nicht zu geben. Wenn jemand anderer jetzt kommt, wenn mein Mann ihm jetzt den Schnuller gibt und ich bin gerade nicht dabei, dann ist das nicht so tragisch, wenn es nur für kurze Zeit ist, aber sonst...“*

VP 2: *„Also meine Einstellung ist die, dass wenn er einen braucht, dann gebe ich ihm einen, da spricht in meinen Augen nichts dagegen. Ich werde ihm den Schnuller allerdings nicht aufdrängen, solange er keinen will, werde ich ihm ihn nicht aufdrängen, da bin ich froh, wenn er keinen will.“*

So auch die Aussage der Versuchsperson (VP5), die sich unentschieden, was die Verwendung des Schnullers betrifft, äußerte:

VP 5: *„Also, ich habe jetzt hier im Krankenhaus angegeben, dass sie, wenn ich nicht da bin und sie können den Kleinen gar nicht beruhigen, auch einen Schnuller geben können. Ansonsten möchte ich es erst mal so versuchen, mit Nähe, Wärme und Zuwendung. Aber ich glaube, hm, wahrscheinlich kommt man dann einmal zu einem Punkt, wo man gar nicht mehr kann und dann versucht man es halt mit dem Schnuller. Ab einem bestimmten Grad kann ich mir vorstellen, dass ein Schnuller sinnvoll ist.“*

Für die drei Frauen, die erzählten, sich schon vor der Geburt des Kindes für den Schnuller entschieden zu haben, änderte sich mit der Geburt des Kindes die Situation nicht.

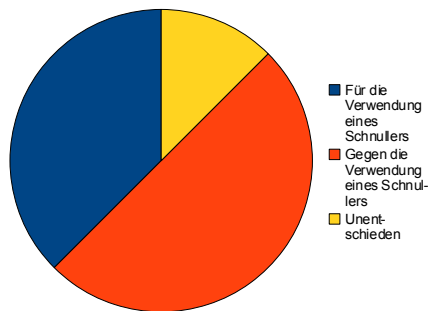
VP 3: *„Eigentlich schon. Ja, schon, sie brauchen das. Ich würde lieber nicht, aber manchmal braucht man das einfach, dass sie halt ruhig sind. Zum Beispiel wenn ich Duschen gehe und wenn er weint und jemand anders aufpasst, das können sie ihm mit dem Schnuller beruhigen. Dann würde ich ihn verwenden. Sonst nicht.“*

VP 6: *„Es ist halt ein guter Tröster. Es hat halt einfach etwas, und wenn man ihn ihnen nicht zu lange gibt und dann halt mit dem Abgewöhnen....das wird auch recht sein...zuerst probieren, ob das Kind den überhaupt mag, also sie (auf die Tochter verweisend) hat ihn noch nicht lange drinnen gehabt, wir probieren zwar immer, aber es funktioniert noch nicht so richtig...“*

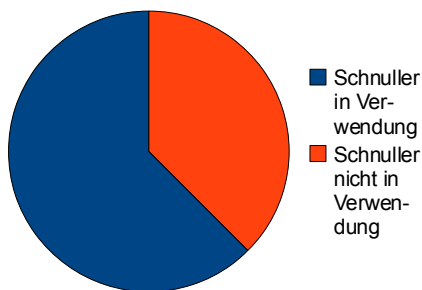
VP 8: *„Hm, ich habe da jetzt noch eine Erfahrung, aber man hat mich hier auch gefragt, ob man ihr einen Schnuller geben darf und ich habe dann ja gesagt, ich meine, schon, dass es ihr gut tut.“*

Zum Zeitpunkt 2 (ca. 6 bzw. 7 Wochen nach der Geburt)

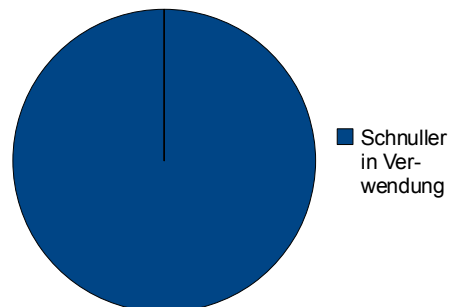
Zum Zeitpunkt 2 gaben alle sieben Versuchspersonen, die telefonisch nochmals befragt werden konnten, an, den Schnuller täglich zu verwenden. Eine Frau, die sich zum Zeitpunkt 1 im Interview deutlich gegen die Verwendung eines Schnuller ausgesprochen hatte (VP 4), konnte nicht mehr erreicht werden, daher liegen von dieser Versuchsperson keine Daten zum Zeitpunkt 2 vor.

Graphische Darstellung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller*:

Vor der Geburt



Zeitpunkt 1 (auf der Wochenstation)



Zeitpunkt 2 (6-7 Wochen nach der Geburt)

Zusammenfassung der Kategorie 4 *Entscheidung für oder gegen einen Schnuller*:

Vier Frauen gaben zum Messzeitpunkt 1 an, sich vor der Geburt gegen die Verwendung eines Schnullers entschieden zu haben. Als Gründe wurden die Angst vor Stillproblemen, das Problem des Entwöhnens, der Schnuller als etwas Künstliches sowie das Überwiegen negativer Assoziationen genannt. Eine Frau äußerte sich unentschieden und drei gaben an, sich schon vor der Geburt für den Schnuller entschieden zu haben. Als Gründe wurden Beruhigung und Vorteile für andere Betreuungspersonen genannt.

Zum Messzeitpunkt 1 hatten fünf Befragte den Schnuller für ihr Baby in Verwendung: die drei Frauen, die sich schon vor der Geburt dafür entschieden hatten und zwei der vier Frauen, die eigentlich keinen verwenden wollten, sich dann aber aufgrund des starken Saugbedürfnisses des Babys doch dafür entschieden hatten. Drei Frauen gaben ihren Babys den Schnuller direkt nach der Geburt nicht, erwähnten jedoch explizit, dass sie den Kinderkrankenschwestern auf der Station die Verwendung auch nicht verboten hatten. Zum Zeitpunkt 2 gaben alle sieben zu diesem Zeitpunkt Befragten an, den Schnuller täglich in Verwendung zu haben.

4.6.5. Kategorie 5: Indikationen für die Schnullergabe (IND)**Definition**

Dieser Kategorie sind die Antworten der Versuchspersonen zugeordnet, die beschreiben, wann die Versuchspersonen die Verabreichung des Schnullers für angezeigt erachten. Während in der Kategorie *Einsatzmöglichkeiten* die Antworten auf die allgemein gestellte Frage zu den beiden Messzeitpunkten verglichen werden, beinhaltet diese Kategorie die speziellen Erfahrungen der Versuchspersonen mit ihren sechs bis sieben Wochen alten Babys (Messzeitpunkt 2).

*Ergebnisse***IND 1 – Als Einschlafhilfe**

VP 1: *„Ja, also, sie hat den Schnuller zum Einschlafen oder wenn sie Stress hat, dann bekommt sie ihn. So untermittags, wenn wir miteinander spielen und plaudern braucht sie ihn eigentlich gar nicht, sie spuckt ihn auch in der Nacht immer selber aus. Aber ich muss sagen, ich finde den Schnuller ganz gut, also ohne Schnuller könnte ich es mir nicht vorstellen mit ihr.“*

VP 3: *„...Ja, wenn er sehr unruhig ist, dann muss ich ihn ihm halt geben, damit er schlafen kann.“*

VP 6: *„Ja, wenn sie weint, dann nützt halt das Bäpfchen. Und zum Einschlafen will sie ihn auch.“*

VP 8: *„Hauptsächlich halt als Beruhigungsmittel...ja, wie lange, also sie hat ihn nicht dauernd. Also, wenn sie halt einmal weint, dann gebe ich ihn ihr schon und ab und zu beim Einschlafen, aber nicht immer, wenn dann vor allem nachts.“*

IND 2- Bei Bauchweh zur Entspannung

VP 2: *„Also, den Schnuller brauchen wir eigentlich jeden Tag, wir geben ihn ihm nicht einfach so, aber wenn er Bauchweh hat oder so, dann ist es gut zur Entspannung und so. Und er bekommt gegen Bauchweh die SAB Tröpfchen und die geben wir ihm auch auf dem Schnuller. Also genau für das brauchen wir den Schnuller eigentlich.“*

VP 7: *„Ja, dann gebe ich ihr die SAB-Tröpfchen auf den Schnuller und dann nimmt sie den Schnuller ganz gern.“*

IND 3- Zur Beruhigung

VP 1: *„...oder wenn sie Stress hat, dann bekommt sie ihn.“*

VP 3: *„Also zum Beruhigen nehme ich den Schnuller. Sonst nicht.“*

VP 5: *„Ja, wir benutzen den Schnuller und er nimmt ihn auch, aber wir versuchen, dass wir ihn nicht zu oft geben und er spuckt ihn, Gott sei dank, auch selber raus, wenn er ihn nicht mehr haben will. Aber wir brauchen ihn, sonst geht's nicht. Als Beruhigungsmittel, sozusagen.“*

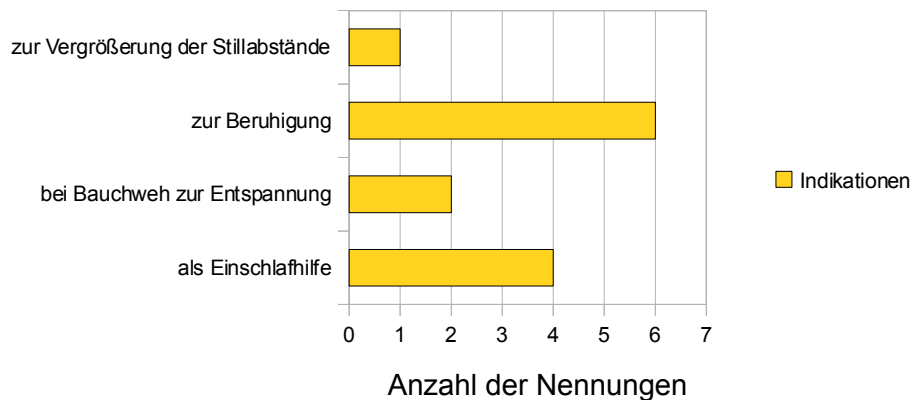
VP 6: *„Ja, wenn sie weint, dann nützt halt das Bäpfchen. Und zum Einschlafen will sie ihn auch.“*

VP 7: *„...und zur Beruhigung gebe ich ihn ihr.“*

VP 8: *„Hauptsächlich halt als Beruhigungsmittel...ja, wie lange, also sie hat ihn nicht dauernd. Also, wenn sie halt ein mal weint, dann gebe ich ihn ihr schon und ab und zu beim Einschlafen, aber nicht immer, wenn dann vor allem nachts.“*

IND 4- Um die Stillabstände zu vergrößern

VP 7: *„Ja, also, sie hat den Schnuller zu Beginn verweigert, mittlerweile nimmt sie ihn jetzt. Ich gebe ihn ihr, um das Trinken ein bisschen hinauszuzögern, dass ich nicht jede Stunde stillen muss. Und dann gebe ich ihr dann manchmal den Schnuller und zur Beruhigung gebe ich ihn ihr.“*

Graphische Darstellung der Kategorie 5 *Indikationen für die Verwendung des Schnullers:***4.6.6. Kategorie 6: Umgang mit dem Schnuller im Alltag (U)***Definition*

Diese Kategorie vergleicht die Antworten der Versuchspersonen zu den zwei Interviewzeitpunkten auf die Frage, was im Umgang mit dem Schnuller im Alltag zu beachten ist bzw. worauf man im Alltag als Mutter Einfluss nehmen kann.

*Ergebnisse***U 1- Sauberkeit/Hygiene**

Zum Zeitpunkt 1 nannten vier der befragten acht Versuchspersonen Sauberkeit und Hygiene.

VP 3: „Hm, zum Beispiel, wenn er hinunter fällt, oder, dann muss man den Schnuller sowieso unbedingt waschen...“

VP 4: „Ja, man sollte den Schnuller nicht in den Mund nehmen, weil man so leicht Bakterien übertragen kann und es gibt nur bestimmte Schnuller, die von Zahnärzten überprüft sind und für Allergiker und so, aber ich glaube da nicht hundertprozentig an so was.“

VP 5: „Dass man ihn auch täglich sterilisieren soll.“

VP 6: „Ja, wenn er auf den Boden fällt, dass man ihn ordentlich reinigt, dass man ihn selber nicht in den Mund nimmt, wegen der Bakterien halt.“

Zum Zeitpunkt 2 wurde dieses Item nicht mehr genannt.

U 2- Beschaffenheit des Schnullers

Zum Zeitpunkt 1 wurde die Auswahl des Schnullers, was seine Beschaffenheit (Form, Material, Größe) von vier Versuchspersonen genannt:

VP 1: „In der Handhabung des Schnullers? Hm, was ich kürzlich gehört habe, ist der Skandal um das BPA in den Schnullern, das hat mir Kopfzerbrechen gemacht, aber da habe ich mir jetzt einige Informationen geholt...“

I.: „Wo, wenn ich fragen darf?“

VP 1: „Äh, aus dem Internet. Ich habe gesehen, dass es da schon Studien gibt, also, dass man die BPA-Werte in Schnullern gemessen hat und dass die MAM-Schnuller BPA-frei sind.“

VP 2: *„Ich glaube, es kommt noch auf die Schnullerform an, auf die Größe und das Alter des Kindes und ich weiß, dass es solche aus Kautschuk und solche aus Latex gibt, aber ich weiß nicht, was jetzt gut ist und was nicht so gut.“*

VP 4: *„Ja, man sollte den Schnuller nicht in den Mund nehmen, weil man so leicht Bakterien übertragen kann und es gibt nur bestimmte Schnuller, die von Zahnärzten überprüft sind und für Allergiker und so, aber ich glaube da nicht hundertprozentig an so was.“*

VP 6: *„Ja, halt, dass er kiefergerecht ist. Aus Kautschuk oder Silikon, aber da weiß ich auch nicht, was jetzt besser ist.“*

Zum Zeitpunkt 2 erwähnten zwei Versuchsperson dieses Item:

VP 5: *„Und dann was für einen Schnuller ich kaufe, also die Art und Weise vom Schnuller.“*

VP 6: *„Ja, halt, dass man schaut, dass es ein guter Bapf ist, wegen dem Kiefer. Dass es dort keine Fehlstellung gibt. Dass man ihn halt nicht zu lange drinnen lässt..... dass man ihn wieder abgewöhnt...das ist glaub ich alles.“*

U 3- Häufigkeit und Dauer

Das Item Dauer wird zum Zeitpunkt 1 von zwei Befragten genannt:

VP 1: *„Risiken... also ich weiß, dass man schauen soll, dass wenn die Kinder anfangen zu reden, dass sie den Schnuller nicht untertags die ganze Zeit im Mund haben sollten, weil es einfach die Sprachentwicklung stört, was ja logisch ist, da kann man ja nicht richtig reden lernen. Und halt, dass es für die Zähne nicht gut ist.“*

VP 6: *„Es hat halt einfach etwas, und wenn man ihn ihnen nicht zu lange gibt und dann halt mit dem Abgewöhnen....das wird auch recht sein...“*

I.: *„Wie meinen Sie das mit dem Abgewöhnen?“*

VP 6: *„Ja, halt später, wenn Sie ein oder zwei Jahre alt sind... und man ihn abgewöhnt.“*

Zum Zeitpunkt 2, also 6 bzw. 7 Wochen nachdem die Frauen den Folder bekommen hatten, nennen fünf der befragten sechs Frauen, die den Folder gelesen hatten, dieses Item:

VP 1: *„Auf die Dauer, wann sie den Schnuller im Mund hat. Dass es nicht zur Dauergewohnheit wird. Das kann ich eigentlich kontrollieren.“*

VP 2: *„Ich merke halt, wenn er fest saugt, dann hat er den Abdruck vom Schnuller rund um den Mund, also nicht einfach so grundlos und lange geben.“*

VP 5: *„Manchmal zieh ich ihn auch raus, wenn ich merke, dass er nur noch im Mund drinnen hängt....dass man aufpassen soll, dass er nicht zu lange drinnen ist...“*

VP 6: *„Dass man ihn halt nicht zu lange drinnen lässt..... dass man ihn wieder abgewöhnt...“*

VP 8: *„Und halt aufpassen, dass es nicht zu oft ist. Nicht den ganzen Tag.““*

U 4- Indikation

Dieses Item wurde zum Zeitpunkt 1 von einer Mutter genannt:

VP 2: „Ich möchte nicht sofort, wenn das Kind schreit, ihm den Schnuller in den Mund stecken, sondern kurz abwarten, aber wie gesagt, ich gebe auch gerne einen Schnuller, wenn ich das Gefühl habe, es braucht einen.“

Zum Zeitpunkt 2 nennen drei der sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatten, Antworten, die diesem Item zugeordnet werden können:

VP 2: „Also, den Schnuller brauchen wir eigentlich jeden Tag, wir geben ihn ihm nicht einfach so, aber wenn er Bauchweh hat oder so, dann ist es gut zur Entspannung und so. Und er bekommt bei Bauchweh die SAB Tröpfchen und die geben wir ihm auch auf dem Schnuller. Also genau für das brauchen wir den Schnuller eigentlich...worauf ich Einfluss nehmen kann...hm.. also, ich möchte ihn ihm nicht bei jedem kleinen Mucks geben, also dass er sofort mit dem Schnuller ruhig gestellt wird, aber wenn ich das Gefühl habe, er beruhigt sich nicht mehr, bzw. er muss sich jetzt ein bisschen entspannen, gerade bei Bauchweh, dann geb ich ihn schon. Also, Einfluss nehme ich, indem ich ihn nicht sofort gebe.“

VP 5: „Dass der Schnuller, auch so ein kieferspezifischer, die können auch so Kieferfehlstellungen bewirken und dass der Schnuller nur dann, wenn es wirklich notwendig ist im Mund sein soll und nicht nur einfach so.“

VP 5: „Ja halt, dass man ihn nicht sofort nehmen soll, sondern erst einmal schauen soll, ob er nicht ein andere Bedürfnis hat, wie einfach nur Zuwendung. Oder Hunger oder ich weiß auch nicht, irgendwas anderes halt, aber nicht einfach gleich benutzen.“

VP 7: „Ja, entweder gebe ich ihn ihr oder nicht!“

I.: „Ja, also die Entscheidung, wann Sie ihn bekommt.“

VP 7: „Ja, genau, wann. Hm, ich habe halt das Gefühl, ich gebe ihr den Schnuller nur, wenn es unbedingt notwendig ist. Also, wenn ich denke, es geht jetzt nicht mehr anders und ich weiß nicht, was ich sonst noch machen könnte, dass sie sich beruhigt.“

U 5- Sprechen mit Schnuller

Dieses Item wurde zum Zeitpunkt 1 nicht genannt.

Zum Zeitpunkt 2 erwähnte eine Versuchsperson dieses Item:

VP 1: „Ja, also ich schau jetzt schon, wenn wir plaudern miteinander, dass sie keinen Schnuller im Mund hat, ich möchte auf jeden Fall vermeiden, dass wenn sie anfängt zu sprechen, dass sie ständig einen Nuckel im Mund hat.“

U 6- keine Antwort möglich

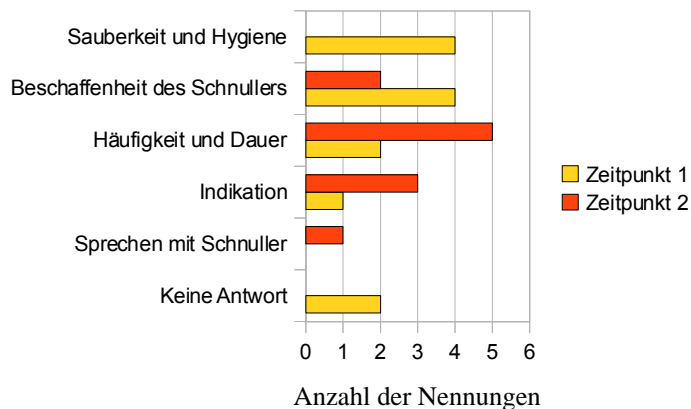
Zum Zeitpunkt 1 gaben zwei der befragten acht Versuchspersonen an, auf die Frage keine Antwort zu wissen.

VP 7: „Das weiß ich ehrlich gesagt gar nicht, ich habe mich noch gar nicht damit befasst!“

VP 8: „Nein, da hab ich jetzt keine Erfahrung.“

Zum Zeitpunkt 2 konnten alle sechs der sechs Frauen, die den Folder gelesen hatten und befragt werden konnten, eine Antwort geben.

Graphische Darstellung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller* zu den zwei Messzeitpunkten:



Zusammenfassung der Kategorie 6 *Umgang mit dem Schnuller*:

Als im Umgang mit dem Schnuller beachtenswert nannten zum Zeitpunkt 1 vier der befragten acht Mütter Sauberkeit und Hygiene. Nicht mehr genannt wurde dieses Item, das im Informationsfolder nicht thematisiert wird, zum Zeitpunkt 2. Die Beschaffenheit des Schnullers erwähnten zum Zeitpunkt 1 vier, zum Zeitpunkt zwei Versuchspersonen. Während das Item Häufigkeit und Dauer zum Zeitpunkt 1 zwei Mal genannt wird, sind es zum Zeitpunkt 2 fünf der sechs Befragten, die den Folder gelesen hatten und diesen Punkt anführen. Die Indikation für die Schnullergabe für wichtig im Umgang erachten zum Zeitpunkt 1 eine, zum Zeitpunkt 2 drei Mütter. Dass es das Sprechen mit dem Schnuller im Mund zu vermeiden gilt, betont eine Versuchsperson zum Zeitpunkt 2. Keine Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit dem Schnuller konnten zum Zeitpunkt 1 zwei Versuchspersonen geben. Zum Zeitpunkt 2 wurde diese Frage von allen sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatten, beantwortet.

4.6.7. Kategorie 7: *Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag*

Definition

In dieser Kategorie sind Antworten auf die Frage, wie lange das Kind den Schnuller täglich im Mund habe, erfasst. Diese Frage wurde zum Messzeitpunkt 2 gestellt.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt 2 verwendeten alle 7 zu diesem Zeitpunkt befragten Versuchspersonen einen Schnuller für Ihr Baby. Folgende Angaben wurden gemacht:

VP 1: zwei bis drei Stunden

VP 2: eine Stunde

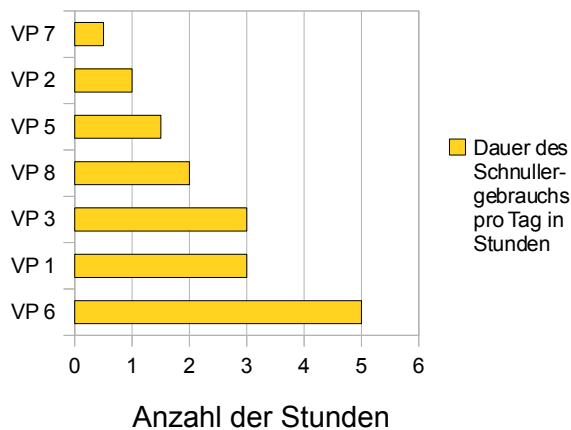
VP 3: zwei bis drei Stunden

VP 5: eine halbe bis eineinhalb Stunden

VP 6: fünf Stunden

VP 7: eine halbe Stunde

VP 8: eineinhalb bis zwei Stunden

Graphische Darstellung der Kategorie 7 *Schnullergebrauch pro Tag*:Zusammenfassung der Kategorie 7 *Schnullergebrauch pro Tag*:

Auf die Frage, wie lange das Baby den Schnuller täglich im Mund habe, gaben die Versuchspersonen geschätzte Werte zwischen einer halben Stunde und fünf Stunden an.

4.6.8. Kategorie 8: Schnullerstopp (ST)*Definition*

In der Kategorie Schnullerstopp sind die Antworten der Versuchspersonen auf die Frage, bis zu welchem Lebensalters des Kindes sie den Schnuller noch verwenden möchten, erfasst. Die Frage wurde zum Messzeitpunkt 2 gestellt.

*Ergebnisse***ST 1- Klare Altersangabe**

Drei Mütter antworteten auf die Frage mit einer klaren Altersangabe, es wurde einmal ein bis eineinhalb Jahre und zweimal zwei Jahre genannt:

VP 5: „Maximal zwei Jahre.“

VP 6: „Hm, das ist eine schwierige Frage, das weiß ich gar nicht... also länger als 2 Jahre nicht.“

VP 7: „Hm, ja, so ein Jahr, eineinhalb Jahre.“

Die Versuchsperson, die den Folder nicht gelesen hatte, konnte auf die Frage nach einer Altersangabe zum geplanten Schnullerstopp keine Antwort geben:

VP 3: „Hm, das weiß ich wirklich nicht. Das ist ja mein erstes Kind und ich habe keine Erfahrung, ich weiß ja nicht, wie das alles läuft.“

ST 2- Parallel zur Entwicklung der Nahrungsaufnahme

VP 1: „Also, ich bin so eingestellt, dass ich mir denke, solange ich sie noch stille oder sie noch die Flasche braucht, kann sie noch nuckeln, aber wenn ich anfangen zuzufüttern, dass sie sich das Nuckeln abgewöhnt und dass sie dann auch schön normal essen kann. Also, sobald ich anfangen zuzufüttern, schaue ich dass ich es reduziere.“

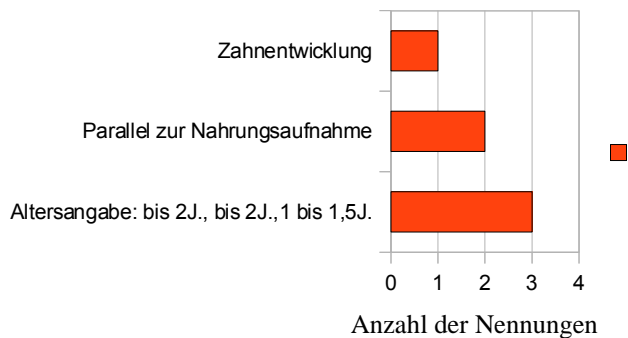
VP 2: „Keine Ahnung, so lange wie wir ihn brauchen. Also, solange ich ihn stille brauchen wir ihn, um ihm die Tröpfchen immer wieder zu geben. Ich weiß nicht, stille ich ihn sechs Monate, wahrscheinlich schon.“

Und das andere nach Bedarf. Man sagt ja, das Bauchweh hört nach drei Monaten auf. Also bis zu Alter von drei bis sechs Monaten sicher und danach nach Bedarf.“

ST 3- Zahnentwicklung

VP 8: „Ich habe mir schon gedacht, wenn sie dann einmal Zähne hat, dann eher nicht mehr.“

Graphische Darstellung der Kategorie 8 *Schnullerstopp* :



Zusammenfassung Kategorie 8 *Schnullerstopp*:

Auf die Frage nach dem Schnullerstopp, also wann die Kinder den Schnuller nach Meinung ihrer Mütter nicht mehr verwenden sollten, antworteten drei Befragte mit klaren Altersangaben (1-1,5J., 2 J., 2 J.). Zwei Mütter erklärten den Schnuller parallel zur Nahrungsentwicklung weg lassen zu wollen und eine Mutter nannte den Beginn der Zahnentwicklung als geplanten Zeitpunkt für den Schnullerstopp.

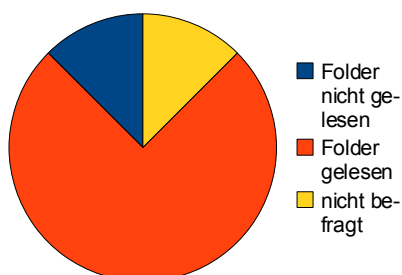
4.6.9. Kategorie 9: Subjektive Beurteilung des Folders (B)

Definition

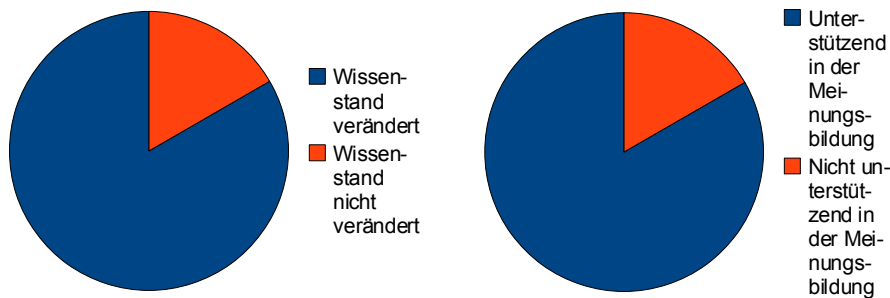
In dieser Kategorie sind sämtliche Antworten der Versuchspersonen, die ihre subjektive Einschätzung und Bewertung des Informationsfolders zum Ausdruck bringen, enthalten.

Ergebnisse

Sechs der sieben zum Zeitpunkt 2 befragten Versuchspersonen hatten den Folder nach Erhalt gelesen, eine Mutter gab an, keine Zeit gehabt zu haben (VP 3). Mit einer Mutter konnte wie bereits erklärt zum Zeitpunkt 2 kein Interview geführt werden (VP 4).



Fünf der sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatte, bejahten die Frage, ob sie den Folder unterstützend in der Meinungsbildung zum Schnuller empfunden hatten. Die gleichen fünf antworteten ebenfalls mit *Ja* auf die Frage, ob sich durch die Lektüre des Folders ihr Wissenstand verändert hatte. Eine Versuchsperson (VP 8) gab an, den Folder als nicht hilfreich bei der Meinungsbildung gesehen zu haben. Es habe sich auch ihr Wissenstand nicht verändert, sie habe diese Informationen alle schon vor Erhalt des Folders aus anderen Quellen bekommen.



Die Antworten der Versuchspersonen auf die Frage, wie ihnen der Folder gefallen habe, aber auch auf die geschlossen gestellten Fragen, ob sich der Wissenstand verändert hatte und ob der Folder bei der Meinungsbildung unterstützend empfunden wurde, ergeben folgende Items:

B 1- Informativ

VP 1: „Er ist gut gewesen, sehr informativ, einfach geschrieben, sodass man schnell viel Informationen bekommt...“

VP 2: „„Ja, der hat mir grundsätzlich gut gefallen. Genau erinnere ich mich nicht mehr, irgendwo habe ich ihn zwar noch....also ich habe ihn informativ gefunden...“

B 2 – Übersichtlich

VP 5: „Also ich fand’s schön übersichtlich und das Wichtigste ganz knapp zusammengefasst, das fand ich gut. Nicht zu lange und ja, war sehr gut zusammengefasst. Und ich glaube die letzte Seite war eine kurze nochmal-Zusammenfassung?“

B 3 – Beurteilung der Bewertung des Schnullers im Folder

VP 1: „Ja, was ich im Kopf habe, war das Nuckeln schon eher negativ behaftet, also mit dem Schnuller, was ich so im Kopf habe.“

I.: „Das ist als Aussage noch in Erinnerung geblieben, dass das Nuckeln an sich oder der Schnuller negativ dargestellt wurde?“

VP 1: „Ja, also, dass der Schnuller negativ herauskommt.“

VP 2: „Vor allem, er beleuchtet beide Seiten, halt, wie soll ich sagen, er spricht sich nicht gegen den Schnuller aus und spricht nicht für den Schnuller, sondern er informiert sachlich.“

VP 8: „Ja, und ich habe schon wieder viel anders gelesen seit damals, aber ich glaub, ich weiß schon noch, ja der ist schon in Ordnung gewesen.... also, die Vor- und Nachteile sind gut beschrieben gewesen.“

B 4- Beschreibung des persönlichen Gewinns

VP 1: „Also ich bin sicher kritischer geworden, es ist ganz eine neue Aufgabe, die ich da mit dem Baby habe, und da muss ich hineinwachsen und es sind so viele Eindrücke. Doch der Folder hat mir schon geholfen. Dass ich darauf achte, dass wir den Schnullergebrauch eingeschränkt haben, auch mit meinem Freund, der ja gar nicht wollte, dass sie einen Schnuller bekommt, aber er hat dann auch gemerkt, dass es ohne einfach nicht geht und wir haben jetzt einen Kompromiss geschlossen. Wir haben dann jedes Thema diskutiert, weil es dann plötzlich aktuell war....“

VP 5: „Ja, also es hat mir schon bewusst gemacht, dass man aufpassen soll, dass er nicht zu lange drinnen ist, grad wegen der Sprachstörungen, die eventuell auftauchen können oder auch wegen der Kieferproblematik.“

B 5- keine Erinnerung

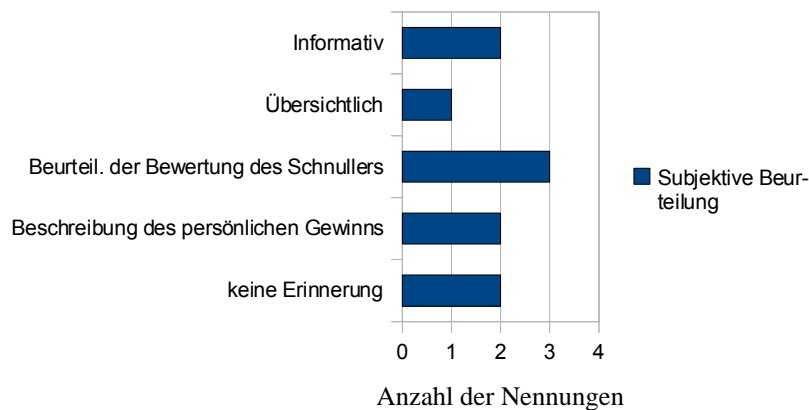
Zwei der sechs Versuchspersonen, die den Folder gelesen hatte, berichteten, sich nicht mehr erinnern zu können, ob der Folder ihnen gefallen hatte.

VP 6: „Puh, das kann ich nicht mehr sagen... tut mir leid.“

I.: „Wie hat er Ihnen prinzipiell gefallen, habe Sie da noch eine Erinnerung?“

VP 7: „Hm, eigentlich nicht.“

Graphische Darstellung der Kategorie 9 *Subjektive Beurteilung des Folders durch die Versuchspersonen* :



Zusammenfassung Kategorie 9 *Subjektive Beurteilung des Folders durch die Versuchspersonen*:

Der Großteil der Befragten (fünf von sechs), die den Folder gelesen hatte, befanden, dass sich ihr Wissenstand mit der Lektüre verändert hatte und dass sie den Informationsfolder als hilfreich im Hinblick auf die Meinungsbildung zum Thema Schnuller empfunden hatten. Zwei der sechs diesbezüglich Befragten hatten keine genaue Erinnerung an den Folder. Die, die sich erinnerten, beschrieben den Folder u.a. als informativ und übersichtlich bzw. sich selber als kritischer und im Umgang mit dem Schnuller bewusster als vor der Lektüre des Informationsfolders. Wie der Schnuller im Folder bewertet wird, wurde von den Versuchspersonen unterschiedlich aufgefasst. Während zwei Mütter die Darstellung des Schnullers als sachlich schilderten, sah eine Versuchsperson den Schnuller negativ dargestellt.

4.6.10. Kategorie 10: Interesse an Informationen zur Sprachentwicklung sowie zur Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen

Definition

In dieser Kategorie werden Antworten auf die Frage nach dem generellen Interesse am Thema *Informationen zur Sprachentwicklung sowie zur Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen*, welche zum Zeitpunkt 2 gestellt wurde, erfasst.

Ergebnisse

Sechs der sieben zu diesem Zeitpunkt befragten Versuchspersonen gaben an, Interesse zu haben, eine Mutter meinte, es werde dann interessant, wenn das Kind Zähne bekomme. Auch die Versuchsperson (VP 3), die den Folder nicht gelesen hatte, gab an, Interesse zu haben.

Subkategorie 10a: Begründung für das Interesse

Als Gründe für Ihr Interesse bereits im Babyalter ihres Kindes gaben die Versuchspersonen folgende an:

- Früher Beginn der Sprachentwicklung

VP 1: „Ich bin auf jeden Fall interessiert, es fängt jetzt ja schon an, sie ahmt Töne nach und plaudert eigentlich schon ganz viel, es fängt ja schon relativ früh an mit dem Erproben des Sprechens....“

VP 6: „Mein Gott, was soll ich sagen, interessant ist es sicher. Ja, man merkt jetzt schon, sie redet schon mit einem. Sie redet immer schon zurück, sie ist da ganz aktiv, muss ich sagen.“

- Familiäre Erfahrungen

VP 3: „Ja, da bin ich schon interessiert. Meine Cousine in der Türkei hat ihren Cousin geheiratet und das Kind spricht jetzt nicht. Es ist schon vier, fünf Jahre alt und spricht nicht. Da bin ich schon interessiert an Informationen.“

VP 5: „Ich hatte selber früher auch mal Probleme, weil ich falsch geschluckt habe und deswegen achte ich auch ein bisschen drauf, aber Informationen, jetzt speziell, da hab ich bisher noch nichts gelesen. Interessant ist das aber sicher, dass man halt auch vorbeugen kann und nicht erst wenn es zu spät ist, etwas tun muss. Und dann herumhantieren muss, ich hab das selber gemacht und das war nicht so leicht.“

4.6.11. Kategorie 11: Ernährung des Babys

Definition

Diese Kategorie beinhaltet die Antworten der Versuchspersonen zu beiden Messzeitpunkten auf die Frage, wie sie ihr Baby ernähren bzw. ernähren wollen.

Ergebnisse

Alle zum Zeitpunkt 1 befragten Versuchspersonen gaben zum Zeitpunkt 1 an, stillen zu wollen. Bei sechs dieser acht funktionierte das Stillen nach eigenen Angaben bereits auf der Wochenstation, zwei (VP 4, VP 6) berichteten von Schwierigkeiten, weshalb sie vorerst die Flasche verwendeten.

Von den sieben (VP 4 konnte nicht mehr erreicht werden) zum Zeitpunkt 2 befragten Müttern antworteten fünf auf die Frage, wie sie das Baby ernähren, zum Zeitpunkt 2, dass sie voll stillen. Eine Versuchsperson (VP 3) gab an, sowohl zu stillen als auch die Flasche zu geben. Eine Versuchsperson verwendete die Flasche (VP 6).

4.6.12. Kategorie 12: Subjektive Bewertung des Schnullers durch die Mütter (SB)

Definition

Dieser induktiv gewonnenen Kategorie wurden alle Aussagen der Versuchspersonen zugeteilt, die nicht in die vorangegangenen deduktiv gewonnenen Kategorien passten und die persönliche Meinung der Versuchsperson zum Schnuller zum Ausdruck brachte.

Ergebnisse

SB 1- Erinnerung an den eigenen Schnullergebrauch

VP 1: „Ich weiß, dass ich selber auch geschnullert habe und dass ich es gerne gemacht habe. Ich habe mir schwer getan, ihn dann abzugeben. An das kann ich mich noch ganz gut erinnern. Ich habe den Schnuller in positiver Erinnerung.“

SB 2- Der Schnuller als Objekt im Gesicht des Kindes

VP 1: „...ich finde es auch nicht so schön, wenn Kinder so einen Plastikschnuller im Gesicht haben.“

VP 2: „Ich merke halt, wenn er fest saugt, dann hat er den Abdruck vom Schnuller rund um den Mund, also nicht einfach so grundlos und lange geben.“

SB 3- Die angenehme und unangenehme Seite des Schnullers aus Sicht der Mutter

VP 6: „Wie soll ich sagen, ein Schnuller ist angenehm und auch wieder nicht angenehm. So für das Kind und zum Beruhigen und so ist er hilfreich, bloß als Mutter muss man immer diesem blöden Zapfen nachspringen. Ja, es gibt Vor- und Nachteile, man muss immer schauen, dass man ihn dabei hat, dass man ihn nicht verliert. In der Nacht, wenn sie ihn heraus spickt und dann jammert, muss man wieder aufstehen und ihn ihr hineinstecken....“

SB 4- Die Ablehnung des Schnullers als gesellschaftliches Tabu

VP 4: „Ja, ich habe auch welche bekommen, so als Geschenk, von Freuden, ja man bedankt sich halt, ich konnte jetzt nicht sagen, nein danke, so etwas verwende ich nicht, man nimmt es dann halt, aber ich versuch das halt zu vermeiden.“

SB 5- Die Wichtigkeit des Schnullers

VP 1: „Aber ich muss sagen, ich finde den Schnuller ganz gut, also ohne Schnuller könnte ich es mir nicht vorstellen mit ihr.“

VP 5: „Aber wir brauchen ihn, sonst geht's nicht. Als Beruhigungsmittel, sozusagen.“

VP 6: „Oh weh, oh weh. Sie ist schon eine ziemliche Bäpflerin.“

I.: „Also, der Schnuller ist wichtig für Ihre Tochter?“

VP 6: „Ja. Den darf man auf keinen Fall vergessen. Sie kann aber auch drinnen liegen ohne Bapf. Das geht schon auch.“

Zusammenfassung der Kategorie 12 *Subjektive Bewertung des Schnullers durch die Mütter:*

Die Antworten, die dieser Kategorie zugeordnet wurden, zeigen, dass der Schnuller von den Versuchspersonen unterschiedlich bewertet wird: es werden eigene positive Erinnerungen an den Schnuller erzählt, der Schnuller als störendes Objekt im Kindergesicht genannt sowie die Vor- und Nachteile, in der Betreuung eines Babys auf einen Schnuller angewiesen zu sein, beschrieben. Eine Antwort bringt zum Ausdruck, dass die eigene klare Ablehnung des Schnullergebrauchs als gesellschaftliches Tabu erlebt wird. Drei Mütter betonen die Wichtigkeit des Schnullers im Umgang mit ihrem Baby.

4.6.13. Kategorie 13: Alternativen zum Schnuller (A)**Definition**

In dieser Kategorie sind Aussagen erfasst, die Alternativen zum Schnullergebrauch ansprechen. Von Seiten der Interviewerin wurde nicht explizit danach gefragt.

Ergebnisse**A 1- Zuwendung**

VP 1: „Also meine Kleine nimmt ihn zum Einschlafen, ich möchte ihn zum Einschlafen verwenden, ich möchte schauen, dass sie trotzdem Zuwendung bekommt und dass sie nicht die ganze Zeit den Schnuller hat...“

VP 5: „Ansonsten möchte ich es erst mal so versuchen, mit Nähe, Wärme und Zuwendung.“

A 2- Daumen

VP 5: „Ach ich denk, die Natur, die hat da so viel bereit gestellt, da kann man es erst mal ohne probieren, manche mögen den Schnuller ja gar nicht, die nehmen lieber den Daumen.“

Zusammenfassung der Kategorie 13 *Alternativen zum Schnuller*:

Als Alternativen zum Schnuller erwähnen zwei Versuchspersonen Zuwendung, einmal wird der Daumen genannt.

4.6.14. Kategorie 14: Gewöhnen an den Schnuller (G)

Definition

Alle Aussagen, die das Gewöhnen des Kindes an den Schnuller zum Thema hatten, wurden dieser Kategorie zugeteilt.

Ergebnisse

G 1- Mehrmalige Versuche notwendig

VP 6: „Zuerst probieren, ob das Kind den überhaupt mag, also sie (auf die Tochter verweisend) hat ihn noch nicht lange drinnen gehabt, wir probieren zwar immer, aber es funktioniert noch nicht so richtig...“

G 2- Anfangs verweigert

VP 7: „Ja, also, sie hat den Schnuller zu Beginn verweigert, mittlerweile nimmt sie ihn jetzt.“

Zusammenfassung der Kategorie 14 *Gewöhnen an den Schnuller*:

Zwei Mütter berichten, dass sie ihre Babys zuerst an den Schnuller gewöhnen mussten.

5. DISKUSSION

5.1. Interpretation des Ergebnisses zur Forschungsfrage 1

Es liegen derzeit keine einheitlichen Empfehlungen zum Schnullergebrauch von Seiten der Logopädie vor. Die Auswahl der logopädisch relevanten Informationen für den Informationsfolder stützt sich auf eine Literaturrecherche zum Thema Schnullerforschung in Pub Med und NML, auf Literatur zur physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen sowie zur Ätiologie von Lutschgewohnheiten und bereits existierende Empfehlungen zum Schnullergebrauch, die als primär präventiv ausgerichtet beurteilt werden konnten.

Dass das Lutschen am Schnuller negative Folgen auf die Zahn- und Kieferentwicklung haben kann, gilt als unumstritten. Es liegt in der Natur der Sache, dass mehrere verschiedene Einflussfaktoren wie die Beschaffenheit des Schnullers, die Intensität und Art des Lutschens am Schnuller sowie auch die Dauer des Lutschens pro Tag, das Andauern der Lutschgewohnheit im Bezug auf das Lebensalter des Kindes, die Art der Säuglings- bzw. Kleinkindernahrung usw. zusammenwirken. Untersuchungen, die den Einfluss alle dieser Variablen direkt vergleichen, liegen derzeit nicht vor.

Es erscheint plausibel, dass der Einflussfaktor, der am stärksten vom Kind abhängt, nämlich die Intensität und Art des Lutschens am Schnuller, von elterlicher Seite kaum bis gar nicht beeinflusst werden kann. Eltern haben aber sehr wohl Einfluss darauf, was für einen Schnuller sie geben, wie lange pro Tag der Schnuller verwendet wird und bis zu welchem Lebensalter der Schnuller überhaupt verwendet wird. Entgegen der Werbung vieler Schnullerproduzenten, dass ein kiefergerechter, physiologischer, orthodontischer usw. Schnuller Zahn- und Kieferfehlstellungen vorbeugend entgegen wirken kann, wird diese Aussage in den in den letzten 15 Jahren publizierten Studien nicht bestätigt. Auch sind die Schnullerproduzenten selbst Studien zur Wirksamkeit bisher schuldig geblieben. Die hohe Prävalenz von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie von myofunktionellen Problemen im Vorschul- und Schulalter deutet ebenfalls darauf hin, dass die Beschaffenheit des Schnullers alleine die ungewünschten Schnullerfolgen nicht zu verhindern vermag. Die sogenannten kiefergerechten, physiologischen Schnuller sind ja schon mehrere Jahrzehnte auf dem Markt, die Prävalenz für die typischen Schnullerfolgen ist jedoch nicht zurückgegangen (siehe auch Furtenbach 2005).

Was nun die Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag angeht, bestätigt eine Studie von Larsson (2001), dass der präventive Ansatz, Eltern über die Folgen von Lutschgewohnheiten zu informieren und ihnen zu raten, die Dauer des Lutschens einzuschränken, die Prävalenz eines Kreuzbisses reduzieren kann. Adair et al. 1995 können keinen Zusammenhang zwischen der Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag und der Milchgebissentwicklung belegen. Die Dauer der Schnullergewohnheit pro Tag wurde allerdings retrospektiv in Form von Fragebögen an die Eltern erhoben.

Dass die Dauer der Lutschgewohnheit in Bezug auf das Lebensalter einen Einfluss auf die Auswirkungen auf die Zahn- und Kieferentwicklung haben, ist ebenfalls belegt worden (Warren und Bishara 2002, Gois et al. 2008). Die Schlussfolgerung dieser Studienautoren, von einem Schnullergebrauch ab einem Lebensalter von zwei Jahren abzuraten, widerspricht der Überlegung im Sinne der Primärprävention möglichst keine Lutschgewohnheit entstehen zu lassen. In der physiologischen Entwicklung der orofazialen Funktionen verliert das Saugen ab dem 7. Lebensmonat an Bedeutung und wird vom Kaubedürfnis abgelöst. Zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat bekommt das Kind die ersten Zähne, es beginnt weiche und dann zunehmend auch feste Nahrung zu sich zu nehmen und lernt aus einem Becher bzw. einem Glas zu trinken. Wird der Schnuller (aber auch das Babyfläschchen) weiter verwendet, wird das Saugbedürfnis, das in der normalen Entwicklung eigentlich in den Hintergrund tritt, künstlich aufrecht erhalten und es kann eine Lutschgewohnheit entstehen (Zardetto et al. 2002).

Dass das Stillen für die Entwicklung des Kindes, aber auch für die Gesundheit der Mutter (Labbok 2001) viele Vorteile im Vergleich zur Ernährung mit der Flasche hat, ist bekannt. Negative Auswirkungen des Schnullergebrauchs auf das Stillen gibt Adair (2003) in einem interdisziplinären Review mit der Evidenzstufe II-2 an, die Aussagen über den Zusammenhang, nicht jedoch über die Gründe dafür, zulässt.

Aufgrund dieser Überlegungen erfolgte die Auswahl der Informationen für den Folder zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller: Saugen ist ein natürliches und v.a. für die Nahrungsaufnahme wichtiges Bedürfnis im Säuglingsalter. Es wird auf die Wichtigkeit des Stillens hingewiesen. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das Saugbedürfnis gestillt. Umgekehrt ist jedoch für den Stillerfolg ebenso wichtig, dieses angeborene Saugbedürfnis des Babys zu nutzen. In puncto Schnullergebrauch wird die Wichtigkeit des verantwortungsbewussten Umgangs zur Vermeidung ungewünschter Schnullerfolgen wie Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen (untermauert mit Fotos typischer Schnullerfolgen) betont. Dauer und Häufigkeit wird thematisiert, ebenso der Unterschied zwischen der Befriedigung des Saugbedürfnisses und dem Entstehen einer Lutschgewohnheit. Es erfolgt bewusst keine Empfehlung für einen bestimmten Schnuller, sondern es wird darauf hingewiesen, dass auch sogenannte kiefergerechte, physiologische Schnuller bei zu langem und häufigem Gebrauch schaden können. Die Frage, ab wann der Schnuller gar nicht mehr verwendet werden soll, wird wiederum im Zusammenhang mit der physiologischen Entwicklung der Mundfunktionen erklärt. Wenn das Kind Zähne zum Beißen hat und kauen lernt, braucht es feste Nahrung und keinen Schnuller mehr. Es wird empfohlen, den Schnuller ab dem 8. bis 12. Lebensmonat gar nicht mehr zu geben.

Der Informationsfolder thematisiert einen *verantwortungsbewussten* Umgang. Damit soll signalisiert werden, dass es weniger um eine Ja oder Nein-Entscheidung sondern um eine informierte Entscheidung und ein Bewusstsein für die eigene Verantwortung im Umgang mit dem Schnuller geht.

Wie können diese Überlegungen, die sich auf den aktuellen Stand der Schnullerforschung sowie auf das aus logopädischer Sicht relevante Ziel stützen, eine möglichst physiologische Entwicklung der orofazialen Funktionen zu ermöglichen, im interdisziplinären Vergleich gesehen werden?

An erster Stelle sollen hier die präventiven Maßnahmen zur Verhinderung von SIDS (Sudden Infant Death Syndrom) genannt werden, die für Eltern von Neugeborenen besonders relevant sind. Die *International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death* (ISPID, 2010) empfiehlt das Stillen aufgrund zahlreicher, bekannter Vorteile für Mutter und Kind (bestmögliche Ernährung, Schutz vor Krankheiten, Mutter-Kind-Beziehung) und berichtet von Studien, die zeigen, dass das Stillen das Risiko von SIDS minimieren kann. Zum Thema Schnuller wird ebenfalls gesagt, dass es Untersuchungen gibt, die ein vermindertes Risiko für SIDS vermuten lassen. Es wird empfohlen, den Schnuller ab einem Lebensalter von einem Monat (wenn das Stillen gut etabliert ist) zu verwenden. Er soll nach Empfehlung der ISPID dem Baby zum Einschlafen angeboten, jedoch nicht aufgedrängt werden. Weiters wird auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Schnullerverwendung und Stillschwierigkeiten hingewiesen. Diese Empfehlungen vertritt auch die *American Academy of Pediatrics* (2009), welche außerdem auf mögliche negative Auswirkungen auf die Zahn- und Kieferentwicklung sowie ein erhöhtes Risiko für Mittelohrentzündungen hinweist. Die *Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland, e.V.* (GEPS) empfiehlt u.a. den Säugling, wenn möglich, sechs Monate voll zu stillen, der Schnuller findet keine Erwähnung. Die Empfehlungen der GEPS bezüglich der hier diskutierten Fragestellung decken sich mit denen von SIDS Austria online veröffentlichten Vorsorgemaßnahmen. Schnullerhersteller äußern sich weniger zurückhaltend, was die Schnullergabe als Vorsorgemaßnahme gegen SIDS angeht (Firma Mam-Baby, 2010) und attestieren Schnullern unter Berufung auf internationale Studien eine schützende Wirkung gegen den plötzlichen Kindstod (siehe auch Firma NUK, 2010). Diese klare Empfehlung für den Schnuller als Vorsorgemaßnahme gegen den plötzlichen Kindstod findet sich auch in der Broschüre *Nimm das Schicksal in die Hand*, die von SIDS Austria Steiermark in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Österreichischen Apothekerkammer, der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und

Jugendheilkunde und einem Schnullerhersteller herausgegeben wurde. Die Broschüre weist leider kein Erscheinungsdatum auf, wird derzeit jedoch von besagtem Schnullerhersteller an Eltern und Interessierte ausgegeben. Eine schriftliche Anfrage der Autorin an die in der Broschüre angegebene Herausgeberin ist bis dato leider unbeantwortet geblieben.

Die Sorgen und Ängste von Eltern rund um das Thema SIDS lassen verständlicherweise primärpräventive Bestrebungen aus logopädischer Sicht zweitrangig erscheinen. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erarbeiteten Empfehlungen an Eltern aus logopädischer Sicht stehen jedoch in keinem Widerspruch zur eigentlichen SIDS-Vorsorge. Die Wichtigkeit des Stillens wird von beiden Seiten betont. Aus Sicht der SIDS-Prävention stellt die Verwendung eines Schnullers eine Maßnahme neben vielen anderen, zum Teil bedeutend wichtigeren dar. Von einigen SIDS-Organisationen wird der Schnuller gar nicht erwähnt, andere empfehlen, den Schnuller dem Kind zum Einschlafen ab einem Lebensalter von einem Monat anzubieten, jedoch nicht aufzudrängen bzw. nachdem das Kind den Schnuller im Schlaf verloren hat, nicht nochmals in den Mund zustecken. Aus logopädischer Sicht ist der bewusste Umgang mit dem Schnuller besonders wichtig. Das Saugbedürfnis kann, wenn nötig, durch den Schnuller zusätzlich befriedigt werden, es soll jedoch vermieden werden, durch eine zu häufige und zu lange Verwendung eine Lutschgewohnheit entstehen zu lassen. Keinesfalls rechtfertigt die Sorge vor dem Plötzlichen Kindtod die Verwendung des Schnullers über das erste Lebensjahr hinaus. In der Praxis ist die Situation oft die, dass Säuglinge und Kleinkinder an das Einschlafen mit Schnuller gewohnt sind, die Umstellung dem Kind und damit auch den Eltern schwer fällt und der Schnuller aus diesem Grund oft deutlich länger verwendet wird. In den meisten Fällen ist der Schnuller aber ja nicht nur (wie in der SIDS Empfehlung) zum Einschlafen in Gebrauch, sondern hat den ganzen Tag über einen wichtigen Stellenwert im Leben des Kindes. Oft ist den Eltern die Notwendigkeit, den Schnuller um den ersten Geburtstag ganz weg zu lassen, um so das Entstehen einer Lutschgewohnheit und den damit verbundenen Risiken zu verhindern, nicht bewusst. Nach der Empfehlung der *American Academy of Pediatrics* (2009) zur Prävention von Mittelohrentzündungen sollte der Schnuller bereits zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat nicht mehr verwendet werden.

Von Seiten der Kieferorthopädie gibt es unterschiedliche Empfehlungen zum Thema Schnuller. Die der deutschen *Initiative Kiefergesundheit (e.V.)* sind wie die im Rahmen dieser Arbeit aus logopädischer Sicht vorgeschlagenen primärpräventiv angelegt. Es wird die Wichtigkeit des Stillens zur Befriedigung des Saugbedürfnisses betont, die Werbung sowie die oft unreflektierte Einstellung zum Schnuller als typisches Babyzubehör kritisch gesehen und empfohlen, mit der Umstellung auf feste Nahrung den Schnuller nicht mehr zu verwenden. Empfehlungen von kieferorthopädischer bzw. zahnärztlicher Seite, die Lutschgewohnheiten verharmlosen (*American Dental Association, American Academy of Pediatric Dentistry, Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) bzw. das Entwöhnen vom Schnuller bzw. Daumen ab einem Alter von drei Jahren (*American Academy of Pediatric Dentistry*), vier Jahren (*American Dental Association*) bzw. spätestens mit sechs bis sieben Jahre (*Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie*) empfehlen, erscheinen der Autorin weder zeitgemäß noch dem Stand der Forschung entsprechend.

Die Suche nach konkret brauchbaren, theoretischen Erkenntnissen zur Informationsvermittlung in der Gesundheitskommunikation gestaltete sich schwierig. Der Versuch, eine systematische Literatursuche in Pub Med und NMH durchzuführen, brachte nicht die gewünschten konkret brauchbaren, auf die Gestaltung des Informationsfolders umlegbaren Informationen. Daher wurden schlussendlich die wenigen Veröffentlichungen zu Gesundheitspsychologie und Foldergestaltung sowie Lesbarkeitsforschung, die der Autorin zugänglich waren, verwendet. Die Literaturrecherche zur Beantwortung der Forschungsfrage 1b (Wie müssen die Informationen gestaltet sein?) erfolgte schlussendlich nicht systematisch.

5.2. Interpretation der Ergebnisse zur Forschungsfrage 2

Zur Erprobung des im Rahmen der vorliegenden Masterthesis erarbeiteten Informationsfolders, der im Sinne der Primärprävention als Zielgruppe Eltern von Neugeborenen ansprechen soll, wurden erstgebärende Mütter einmal direkt nach der Geburt des Kindes, vor dem Erhalt des zu untersuchenden Informationsfolders, auf

der Wochenstation eines Krankenhauses und ein zweites Mal sechs bzw. sieben Wochen später telefonisch befragt. Aufgrund der kleinen Stichprobe (acht zum Zeitpunkt 1 bzw. sieben zum Zeitpunkt 2 befragte Versuchspersonen) ist die Untersuchung nicht repräsentativ.

Die Ergebnisse der Befragung, welche im Rahmen einer Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) ausgewertet wurden, zeigen, dass sich die betroffenen Mütter einerseits zum Thema Schnuller schon vor der Geburt informiert hatten, andererseits aber auch, dass der untersuchte Informationsfolder von beinahe allen Befragten als hilfreich in der Meinungsbildung zum Schnuller empfunden wurde. Fünf der sechs befragten Mütter, die den Folder gelesen hatten, gaben auch an, dass sich ihr Wissenstand zum Thema Schnuller mit der Lektüre des Informationsfolders zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller (aus logopädischer Sicht) erweitert hatte. Die im Folder vermittelten Informationen stellten also eine Ergänzung zu den aus den anderen genannten Quellen gewonnenen Informationen dar. Die Mütter, die sich sechs bzw. sieben Wochen nach Erhalt des Folders noch an diesen erinnern konnten, beurteilten ihn positiv, er wurde als informativ und übersichtlich beschrieben. Was die Bewertung des Schnullers im Folder angeht, so wurde dies unterschiedlich gesehen: sowohl die Meinung, die Vor- und Nachteile des Schnullers seien sachlich beschrieben und es sei dem Folder keine Empfehlung für oder gegen den Schnuller zu entnehmen, als auch die Meinung, der Schnuller bzw. das Nuckeln am Schnuller werde negativ dargestellt, waren vertreten.

Welchen Einfluss hat die Lektüre des Informationsfolders auf Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf den Wissensstand zum Thema Schnuller sowie den Schnullergebrauch im Alltag nun tatsächlich?

Die Botschaft, einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller anzuregen, ist bei den Befragten angekommen: die Mütter stellten im zweiten Interview, sechs bzw. sieben Woche nach Erhalt des Folders, auf die Frage, worauf sie als Mütter Einfluss nehmen können, Dauer und Häufigkeit der Schnullergabe sowie die Indikation für die Schnullergabe in den Vordergrund, während zum Zeitpunkt 1 (vor der Lektüre des Folders) die Beschaffenheit des Schnullers (deren Wichtigkeit von Herstellern, aber auch von Broschüren der SIDS Austria, siehe 5.1. Interpretation des Ergebnisses zur Forschungsfrage 1, betont wird) und die Sauberkeit und Hygiene (was von den Zahngesundheitserzieherinnen im Rahmen der Kariesprophylaxe direkt auf der Wochenstation vermittelt wird) vorrangig genannt wurden. Bei der Zielgruppe scheint also die Hauptaussage des zu untersuchenden Informationsfolders, die Wichtigkeit der Dauer und Häufigkeit sowie der Indikation (für die Schnullergabe) bewusst zu machen, angekommen zu sein.

Was den Schnullergebrauch im Alltag betrifft, ist bemerkenswert, dass die Babys aller sieben Mütter, die sechs bzw. sieben Wochen nach der Befragung auf der Wochenstation nochmals befragt werden konnten, den Schnuller täglich in Verwendung hatten und die Wichtigkeit des Schnullers im täglichen Leben mit ihrem Baby von einigen Müttern dezidiert betont wurde (siehe induktiv gewonnene Kategorien). Bedauerlicherweise konnte jene Mutter, die sich bei der ersten Befragung am vehementesten gegen den Schnuller geäußert hatte, für eine Befragung sechs bzw. sieben Wochen später nicht mehr erreicht werden. Direkt nach der Geburt gaben vier der befragten acht Frauen an, sich vor der Geburt gegen einen Schnuller entschieden zu haben, eine Mutter berichtete, vor der Geburt noch unentschieden gewesen zu sein. Mit der Geburt änderte sich für zwei der vier Mütter, die eigentlich keinen Schnuller wollten, die Situation: ihre Babys bekamen einen Schnuller, als Grund wurde das starke Saugbedürfnis des Kindes genannt.

An dieser Stelle muss die Situation auf der Wochenstation bedacht werden. Die Empfehlung, die z. B. die *American Association of Pediatrics* (2009) und die *interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Klinik Innsbruck* (2008) bezüglich des Still Erfolgs geben, nämlich den Schnuller erst einige Wochen nach der Geburt, wenn das Stillen gut etabliert ist, zu verwenden, wird in dem Krankenhaus, in dem die Befragung durchgeführt wurde, nicht gelebt. Der Schnuller ist präsent und stellt ein wichtiges Beruhigungsmittel dar. Die Mütter werden gefragt, ob das Baby vom Pflegepersonal auch mit dem Schnuller beruhigt werden darf. Wer dies nicht möchte, bekommt eine entsprechende Notiz an das Bettchen des Neugeborenen. Die Mütter, die sowohl vor als auch kurz nach der Geburt keinen Schnuller verwenden wollten, erwähnten im Interview,

ohne gezielt danach gefragt worden zu sein, dass sie vom Pflegepersonal gefragt wurden, aber kein generelles Schnullerverbot ausgesprochen hätten. Aufgrund dieser Antworten und der Aussage einer Mutter, sie habe den Bekannten, die ihr vor der Geburt Schnuller geschenkt hätten, nicht sagen wollen, dass sie so etwas nicht verwende, stellt sich die Frage, ob vielleicht ein gewisser gesellschaftlicher Druck, dem Baby den Schnuller ja nicht vorzuenthalten, besteht? Der Schnuller ist buchstäblich in aller (Baby-) Munde, auf vielen Glückwunschkarten zur Geburt ist der Schnuller abgebildet, Babys und Schnuller sind eng assoziiert. Kann es sein, dass dies so ausgeprägt ist, dass es frisch gebackenen Müttern, die sich vor der Geburt eigentlich gegen einen Schnuller entschieden hatten, schwer fällt, dabei zu bleiben? Denn Gründe für die Entscheidung gegen den Schnuller vor der Geburt konnten die Versuchspersonen nennen: die Angst vor Stillproblemen, das Problem des Entwöhnens, der Schnuller als etwas Künstliches sowie allgemeine negative Assoziationen. Oder ist es die neue Situation, in der das Neugeborenen beruhigt werden will, das Stillen noch nicht etabliert und der Schnuller ein einfaches, verfügbares Beruhigungsmittel ist, das schnell zum Erfolg führt? Fehlt das Wissen über Alternativen, wie Neugeborene beruhigt werden können? Weniger überraschend ist, dass unter den beschriebenen Umständen die Mütter, die sich schon vor der Geburt für den Schnuller entschieden hatten, ihre Einstellung zum Schnuller mit der Geburt des Kindes nicht veränderten.

Anders ist die Situation in Krankenhäuser, die von der WHO/UNICEF als *Stillfreundliches Krankenhaus* anerkannt sind. Neben vielen anderen stillförderlichen Maßnahmen wird vom Pflegepersonal auf den Wochenstationen dieser Krankenhäuser- so die Empfehlung der WHO/UNICEF- darauf geachtet, dass Babys keinen Schnuller und keine Saugflaschen erhalten. Stillende Mütter werden darauf aufmerksam gemacht, keine Schnuller bzw. keine Saugflaschen zu verwenden. Außerdem lehnt das Krankenhauspersonal und die Krankenhausleitung die Annahme von kostenlosen oder verbilligten Säuglingsflaschen, Saugern oder Schnullern ab (Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs, 2010). Im Bundesland Vorarlberg gibt es derzeit nur ein *stillfreundliches Krankenhaus* (Krankenhaus Bludenz). Aus dem Abschlussbericht zum Projekt *Stillen in Vorarlberg* (aks Gesundheitsvorsorge 2008) geht hervor, dass die initiale Stillrate im Zeitraum 2005 bis 2007 in Vorarlberg von 84% auf 79% zurückgegangen ist. 22% (2005) bzw. 36% (2007) der Mütter hielten sich an die empfohlene Stilldauer von sechs Monaten. Als Gründe für den Rückgang der initialen Stillrate werden die zunehmende Kaiserschnitttrate und die steigende Zahl an Raucherinnen genannt. Ob bzw. ab wann dem Kind ein Schnuller angeboten wurde und, wenn ja, wie sich der Umgang mit dem Schnuller gestaltet, wurde nicht erhoben.

Besonders bemerkenswert erscheint die Aussage zweier Mütter, ihre Babys hätten an den Schnuller gewöhnt werden müssen. Eine dieser beiden Versuchspersonen (VP 6) hatte sich bereits vor der Geburt mit der Begründung, der Schnuller sei „ein guter Tröster“, für ebendiesen entschieden. Direkt nach der Geburt berichtete sie, dass das Stillen noch nicht funktioniere, die Kleine sei „zu energisch“. Sie wolle stillen, aufgrund besagter Probleme verwende sie vorerst die Flasche. Den Schnuller probiere sie zwar der Tochter immer wieder anzubieten, es funktioniere aber noch nicht recht. Sieben Wochen später antwortete diese Mutter auf die Frage, wie denn im Alltag der Umgang mit dem Schnuller ausschaue: „*Oh weh, o weh. Sie ist schon eine ziemliche Böpflerin*“ und berichtete, dass sie den Schnuller einerseits als hilfreich im Alltag allerdings als lästig, weil sie ständig daran denken müsse, ihn dabei zu haben, empfinde. Das Stillen habe sie aufgegeben, sie verwende nur noch die Flasche, das Baby habe den Schnuller insgesamt ca. fünf Stunden pro Tag im Mund. Es entsteht der Eindruck, der Schnuller musste dem Kind anfänglich aufgezwungen werden. Interessant ist, dass die Mutter nur sieben Wochen später schon ein wenig zu bedauern scheint, welche Wichtigkeit und welchen Stellenwert der Schnuller im alltäglichen Leben mit dem Säugling eingenommen hat. Der andere Fall ist insofern anders angelegt, als dass diese Versuchsperson (VP 7) kurz nach der Geburt angab, sich eigentlich vor der Geburt gegen einen Schnuller entschieden zu haben. Aufgrund des starken Saugbedürfnisses und der Erfahrung, dass das Baby mit dem Schnuller gut beruhigt werden konnte, gab sie an, ihre Meinung kurz nach der Geburt geändert zu haben. Sechs Wochen später berichtete sie, dass das Baby den Schnuller zu Beginn verweigert hätte, ihn mittlerweile aber akzeptiere. Sie stille das Baby voll, den Schnuller verwende sie ca. eine halbe Stunde am Tag, v.a. um die Stillabstände zu verlängern. Wie kann dieser Widerspruch erklärt werden? Hatte diese Mutter kurz nach der Geburt auf der Wochenstation erfahren,

dass ihre Tochter mit dem Schnuller beruhigt werden konnte, damit ihre Meinung zum Schnuller geändert, dann jedoch die Erfahrung gemacht, dass das Baby den Schnuller nicht immer akzeptierte, bis es sich (bzw. die Mutter das Baby) an den Schnuller gewöhnt hatte? Eventuell waren dieser jungen Mutter alternative Beruhigungsmöglichkeiten nicht bekannt und auch auf der Station nicht vermittelt worden?

Die Dauer des Schnullergebrauchs pro Tag wurde von den Müttern auf Angaben zwischen einer halben Stunde und fünf Stunden geschätzt. Kritisch anzumerken ist, dass die Frage nicht präzise genug formuliert wurde, also nicht zwischen Tag und Nacht unterschieden bzw. nicht dezidiert nach Tag und Nacht gefragt wurde. In jedem Fall bleiben die Angaben subjektive Schätzungen der Mütter. Vergleicht man die subjektiv beurteilte Schnullerdauer pro Tag mit den Informationen über die Ernährung des Babys, bestätigt die vorliegende kleine (nicht repräsentative) Untersuchung groß angelegte Studien (Adair 2003) und logopädische Überlegungen (Furtenbach 2005) zum Thema Schnuller und Stillen. Das Baby, das nicht gestillt sondern nur mit der Flasche ernährt wird, verwendet den Schnuller mit fünf Stunden pro Tag am längsten. Im Informationsfolder wird keine maximale Dauer pro Tag empfohlen, sondern darauf hingewiesen, die Indikation für die Schnullergabe kritisch zu hinterfragen und die Dauer zu begrenzen ist. Konkret empfohlen wird jedoch, dass der Schnuller zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat, parallel zur Entwicklung der Nahrungsaufnahme, im besonderen zur Kauentwicklung, gar nicht mehr verwendet wird. Diese Information scheint bei den Versuchspersonen nur bedingt angekommen zu sein: die Mütter, die klare Altersangaben machten, benannten diese mit ein bis eineinhalb Jahre bzw. zwei Jahren. Andere wollten den Schnullergebrauch parallel zur Nahrungsaufnahme reduzieren bzw. nach dem Abstillen den Schnuller nach Bedarf verwenden. Die Antwort einer Mutter, den Schnuller dann eher nicht mehr geben zu wollen, wenn die ersten Zähne kämen, traf die Aussage des Informationsfolders am ehesten. In diesem Zusammenhang wäre es besonders interessant, die Mütter zu späteren Zeitpunkten (z. B. wenn die Kinder ein Jahr bzw. 2 Jahre sind) nochmals über den täglichen Umgang mit dem Schnuller zu befragen.

Risiken des Schnullergebrauchs konnten die Versuchspersonen zu beiden Interviewzeitpunkten aufzählen. Zahn- und Kieferfehlstellungen waren sowohl zum Zeitpunkt 1 als auch zum Zeitpunkt 2 mit fünf bzw. sechs Nennungen die am häufigsten erwähnten Risiken. Zum Zeitpunkt 1 wurden zwei dieser fünf Aussagen relativiert, indem auf den richtigen Schnuller, wahrscheinlich den in der Werbung als kiefergerecht bezeichneten, bzw. auf die Weiterentwicklung der Schnuller verwiesen wurde. Eine Versuchsperson schränkte zum Zeitpunkt 1 das Risiko auf die ersten paar Lebenswochen des Kindes ein, in denen aufgrund der Gefahr von Kieferfehlstellungen kein Schnuller verwendet werden sollte. Hier liegt möglicherweise eine Verwechslung mit der Empfehlung vor, den Schnuller in den ersten paar Lebenswochen nicht zu geben, um den Stillserfolg nicht zu gefährden. Zum Zeitpunkt 2 erwähnte eine Versuchsperson, die auch zum Zeitpunkt 1 die Wichtigkeit des richtigen Schnullers betonte, diesen Punkt nochmals. Die im Informationsfolder vermittelte Warnung, dass auch sogenannte kiefergerechte Schnuller, wenn sie zu oft und zu lange verwendet werden, zu Zahn- und Kieferfehlstellungen führen können, wurde von zwei Versuchspersonen, die diesen Punkt beim ersten Interview nicht anführten, erwähnt. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Nennung von Zahn- und Kieferfehlstellungen vor der Lektüre des Folders ist sehr wohl von einem Bewusstsein für das Problem auszugehen, jedoch muss bemerkt werden, dass die Qualität des Informationsstandes weniger zufriedenstellend ist. Auch nach der Lektüre hält sich bei einer Versuchsperson die Idee des kiefergerechten Schnullers hartnäckig. Dieses Ergebnis muss vor dem Hintergrund von Marketingbestrebungen der Schnullerproduzenten, z. T. in Zusammenarbeit mit der SIDS-Prophylaxe, gesehen werden, welche Eltern beim Schnullerkauf, in Elternzeitschriften und Babybroschüren begegnen und den gesunden, kiefergerechten, physiologischen etc. Schnuller bewerben. Insgesamt lassen die Aussagen auf eine Verbesserung der Qualität des Informationsstandes zum Thema Zahn- und Kieferfehlstellungen nach der Lektüre des zu untersuchenden Folders schließen. Was Sprachentwicklungsprobleme betrifft, so ändert sich der Informationsstand im wesentlichen mit der Lektüre des Folders nicht. Wenig überraschend wird von den Befragten nicht zwischen Sprache und Sprechen unterschieden, diese im allgemeinen wichtige Unterscheidung in der Logopädie scheint in diesem Zusammenhang, v.a. in der Elternberatung zur Primärprävention von Lutschgewohnheiten allerdings auch nicht relevant. Die Items Karies, Giftiges

Material, Erstickungsgefahr und Intelligenz sind im Folder nicht thematisiert. Sie werden von den Versuchspersonen bis auf eine Ausnahme (Karies) nur zum Zeitpunkt 1 genannt, zum Zeitpunkt 2 wird konkret nach den im Folder genannten Risiken gefragt, dies erklärt das Fehlen dieser Items zu diesem Zeitpunkt.

Interesse an Informationen zur Sprachentwicklung sowie zur Vermeidung von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie Sprechproblemen zu haben, obwohl die Babys erst wenige Wochen alt waren, wurde von sechs der zum Zeitpunkt 2 befragten sieben Mütter bejaht. Eine Mutter gab an, erst dann dafür Interesse zu haben, wenn ihre Tochter Zähne bekomme. Diese Versuchsperson hatte den Folder trotzdem gelesen, jedoch angegeben, ihn als nicht hilfreich in der Meinungsbildung empfunden zu haben bzw. alle Informationen bereits vor der Lektüre des Folders aus anderen Quellen bekommen zu haben. Eine andere Mutter, die zwar Interesse bekundete, teilte mit, den Folder nicht gelesen zu haben. Als Grund dafür gab sie fehlende Zeit an. Aufgrund der Tatsache, dass diese Frau gebrochen Deutsch sprach und der Folder nur auf Deutsch ausgegeben wurde, besteht die Vermutung, dass eventuell mangende Deutschkenntnisse im Bereich der Schriftsprache mit ein Grund gewesen sein könnten. Die von der Zahngesundheitserzieherin mündlich vermittelten Informationen zur Kariesprophylaxe konnte sie im ersten Interview inhaltlich gut wiedergeben.

Alternativen zum Schnuller, nach denen nicht explizit gefragt wurde, wurden von zwei Versuchspersonen genannt: zweimal wurde Zuwendung und einmal der Daumen genannt. Im Informationsfolder wird betont, dass nicht auf jedes Weinen und jedes Unwohlsein des Kindes mit der Schnullergabe reagiert werden soll. Es wird darauf hingewiesen, dass es vielleicht einfach Zeit und Aufmerksamkeit braucht. Auf das Daumenlutschen wird im Folder nicht eingegangen. Die Frage Schnuller oder Daumenlutschen wird auch bzw. gerade in logopädischen Kreisen, aber auch von Seiten der Kieferorthopädie oft pauschal so beantwortet, dass der Schnuller auf jeden Fall dem Daumen vorzuziehen sei, da dieser leichter wieder entwöhnt werden könne. Diese Diskussion muss in den Augen der Autorin differenzierter geführt werden. Furtenbach (2005) betont den Unterschied zwischen einer Daumenlutschgewohnheit und des normalen oralen Explorationsbedürfnisses im ersten Lebensjahr, im Rahmen dessen das Kind seine Finger, damit auch den Daumen, die ganze Hand, andere Körperteile sowie Gegenstände in den Mund nehme. Nicht jedes Lutschen am Daumen ist gleich eine Lutschgewohnheit und das frühe Gewöhnen an einen Schnuller mit der Begründung, das Daumenlutschen verhindern zu wollen, kann tatsächlich das Explorationsbedürfnis des Babys einschränken, wenn der Fremdkörper Schnuller über Stunden im Mund des Kindes ist. Interessant ist, dass von keiner Versuchsperson das Verhindern des Daumenlutschens als Argument für den Schnuller erwähnt wurde. Eine Befragte erwähnte den Daumen nicht wertend als mögliche Alternative zum Schnuller, die das Kind eventuell bevorzugen könnte.

5.3. Folgerung

Der im Rahmen dieser Masterthesis erarbeitete Informationsfolder für Eltern von Neugeborenen zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller aus logopädischer Sicht steht in keinem direkten Widerspruch zu Empfehlungen zur SIDS-Vorsorge sowie zu präventiven Empfehlungen der Kieferorthopädie, sondern ergänzt das Informationsmaterial, das Eltern zu einer informierten Entscheidung und zu einem bewussten Umgang mit dem Schnuller verhelfen soll. Dem Stillen kommt sowohl in der SIDS-Vorsorge als auch in der Prävention von Lutschgewohnheiten eine wichtige Rolle zu.

Die Ergebnisse der Befragung der Mütter von Neugeborenen zeigen eine hohe Prävalenz, was den Schnullergebrauch anbelangt, sowie die Wichtigkeit des Schnullers aus Sicht der Mutter im täglichen Umgang mit dem Baby und bestätigen damit die Notwendigkeit, Eltern im Sinne der Primärprävention auf einen möglichst verantwortungsbewussten Umgang mit der Schnuller hinzuweisen und konkrete Empfehlungen zugeben. Die Kernaussage des Informationsfolders, auf Häufigkeit und Dauer sowie Indikation im Umgang mit dem Schnuller zu achten, scheint bei den Befragten angekommen zu sein, während dies für die Empfehlung, den Schnuller gegen Ende des ersten Lebensjahres nicht mehr zu verwenden, um eine Lutschgewohnheit zu verhindern, weniger zutrifft. Der Informationsfolder wurde von

den Befragten positiv bewertet und größtenteils als hilfreich in der Meinungsbildung befunden. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass der Informationsfolder als Informationsquelle von den Müttern akzeptiert wurde.

5.4. Eigenkritisches

Um verallgemeinerbare Aussagen über die Auswirkungen der Lektüre des Informationsfolders auf Mütter von Neugeborenen im Hinblick auf ihren Wissensstand und ihren täglichen Umgang mit dem Schnuller zu erlauben, hätte die Untersuchung quantitativ höher angelegt werden müssen. Da es sich bei Müttern von Neugeborenen um eine heterogene Zielgruppe handelt, hätte eine genaue Erhebung biographischer Daten eventuell eine differenzierte Auswertung der Ergebnisse (vor dem Hintergrund dieser biographischen Daten) ermöglicht.

Die Rahmenbedingungen für die Befragung zu beiden Zeitpunkten müssen als nicht ideal beschrieben werden. Trotz gegenteiliger Absprachen war es auf der Wochenstation des Krankenhauses, wo die Interviews zum Zeitpunkt 1 (kurz nach der Geburt, vor der Lektüre des Informationsfolders) durchgeführt wurden, nicht möglich, mit allen Frauen, die sich zu der Befragung bereit erklärt hatten, ein ungestörtes Gespräch zu führen. Der zugeteilte Raum wurde vom medizinischen Personal plötzlich anderweitig gebraucht und die zur Verfügung stehenden Ausweichräumlichkeiten ermöglichten zwar ein Gespräch unter vier Augen, oft jedoch vor einer Geräuschkulisse bzw. begleitet von Unterbrechungen. Für das zweite Interview sechs bzw. sieben Wochen später wurde schlussendlich die ebenfalls als nicht ideal einzustufende Variante eines Telefongesprächs gewählt, nachdem die Teilnehmerinnen in einem weit größeren Radius vom Krankenhaus entfernt (als angenommen) wohnten und vor Zustimmung zum Interview von den Müttern kritisch hinterfragt wurde, welcher Aufwand im Zusammenhang mit dem zweiten Gespräch zu erwarten sei. Die Telefonvariante ermöglichte ein zweites Gespräch, ohne einen großen Aufwand für die Teilnehmerinnen zu verursachen. Ein Treffen an einem neutralen Ort hätte einen deutlich größeren zeitlichen und organisatorischen Aufwand für die Mütter bedeutet, während die Durchführung des zweiten Interviews bei den Teilnehmerinnen zu Hause eine Störung der Privatsphäre durch die Interviewerin mit sich gebracht hätte. Nachdem sich alle Frauen, die telefonisch für ein zweites Interview erreicht werden konnten, sofort an die Untersuchung erinnerten und dem zweiten Interview zustimmten, kam auch das Gespräch gut in Gang, die Frauen wirkten nicht weniger auskunftswillig bzw. mitteilend als beim ersten Gespräch im Krankenhaus. Visuelle Informationen, die das Gespräch im Einzelfall anders steuern lassen hätten, fielen allerdings weg (siehe dazu auch Gläser und Laudel 2009).

In puncto Interviewführung sowie inhaltliche Gestaltung des Interviewleitfadens lassen sich nach Auswertung der Interviews ebenfalls Mankos erkennen. In einigen Fällen wurden Gelegenheiten, über gezieltes Nachfragen mehr bzw. detaillierte Informationen zu erhalten, verpasst. Bei der Auswertung der Kategorien bzw. beim Vergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten wurde deutlich, dass die Frage nach den Vorstellungen, wie lange der Schnuller verwendet werden wolle, nicht zu beiden Zeitpunkten gestellt wurde und somit ein Vergleich nicht direkt möglich war.

Was die Auswahl der im Folder zu vermittelnden Informationen anbelangt, so ist kritisch zu hinterfragen, ob nicht ausführlicher auf Alternativen zur Schnullergabe im Sinne einer optimalen Förderung der Mundfunktionen im ersten Lebensjahr sowie Alternativen zur Beruhigung eines Säuglings eingegangen werden sollte. Es wird die Wichtigkeit des Stillens, die Wichtigkeit mit der Gabe des Schnullers keine anderen Bedürfnisse zu überdecken sowie die Wichtigkeit, altersentsprechende Kost (im Hinblick auf die Zähne und das Kauen) anzubieten, vermittelt. Das „Explorationsbedürfnis“ (Wahrnehmung mit dem Mund), „das Bedürfnis mit den Sprechorganen und der Stimme zu experimentieren“ und „das Bedürfnis, Beziehung über Sprache aufzunehmen“ (Furtenbach 2005, S. 18) werden nicht erwähnt, dies könnte im Sinne der Primärprävention von Lutschgewohnheiten eine wichtige Ergänzung darstellen. Da der Schnuller von den befragten Müttern als das Beruhigungsmittel schlechthin dargestellt wird, erscheinen Alternativen, wie Babys, v.a. Neugeborene ohne Schnuller beruhigt werden können (Körper- bzw. Hautkontakt usw.) gefordert.

5.5. Anregung zu weiterführender Arbeit

In einem ersten Schritt könnte der Informationsfolder überarbeitet werden: Besondere Beachtung sollte dabei denjenigen zu vermittelnden Informationen geschenkt werden, die bei der Zielgruppe der vorliegenden nicht repräsentativen Untersuchung nicht angekommen sind, also im besonderen die Wichtigkeit, den Schnuller ab einem Lebensalter von 8. bis 12 Monaten gar nicht mehr zugeben. Ergänzt werden könnten die Informationen durch Anregungen zur optimalen Entwicklung der Mundfunktionen im ersten Lebensjahr sowie zu Alternativen zur Beruhigung eines Säuglings (siehe 5.4. Eigenkritisches).

Eine größer angelegte, repräsentative Untersuchung zur Erprobung des (überarbeiteten) Informationsfolders wäre sicherlich wünschenswert. Dieser könnten Überlegungen, wie die Zielgruppe möglichst gut zu erreichen wäre, vorausgehen. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass Mütter sich zwar vor der Geburt zum Thema Schnuller informieren, die Geburt des Kindes dann die Einstellung zum Schnuller aber verändern kann. Insofern scheint es wichtig, Mütter direkt nach der Geburt, ergänzt durch Beratungen zu weiteren Zeitpunkten (bereits vor der Geburt aber auch im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes) auf einen verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller hinzuweisen. Dies bezüglich wäre natürlich die Zusammenarbeit mit einer Trägerorganisation wünschenswert, die ihrerseits mit dem medizinischen Personal auf Wochenstationen, mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten, Mütterberatungsstellen sowie - wie eventuell im Bundesland Vorarlberg möglich - den Zahngesundheitserzieherinnen, die Mütter direkt auf der Wochenstation zum Thema Kariesprophylaxe beraten, kooperieren könnte. Angesichts der Tatsache, dass das Stillen eine wichtige Rolle in der SIDS-Prophylaxe und in primärpräventiven Überlegungen aus logopädischer und kieferorthopädischer Sicht darstellt, wäre eine Zusammenarbeit mit Stillberaterinnen ebenfalls anzudenken. Übersetzungen des Informationsfolders für Nicht-Muttersprachler sowie die persönliche Übermittlung des Informationsfolders (eventuell durch Zahngesundheitserzieherinnen, Mütterberaterinnen bzw. Kinderarztassistentinnen) könnten es erleichtern, möglichst viele Mütter zu erreichen.

Zur genaueren Erprobung des Informationsfolders wäre es hilfreich, wenn die Befragung der Versuchspersonen zu verschiedenen Zeitpunkten (z. B. kurz nach der Geburt, wenn das Kind sechs Monate, ein Jahr bzw. zwei Jahre alt ist) durchgeführt werden könnte.

Der Ansatz, Informationen in schriftlicher Form (Informationsfolder) zu vermitteln, stellt natürlich nur eine Möglichkeit der Primärprävention dar. Wünschenswert wäre es auch, andere Möglichkeiten (z. B. Vorträge im Rahmen von Schwangerschaftsvorbereitungskursen, logopädische Sprechstunden in Zusammenarbeit mit Mütterberatungsstellen usw.) durchzudenken, zu planen und deren Umsetzung wissenschaftlich zu untersuchen.

Der im Rahmen dieser Arbeit erarbeitete Informationsfolder zur Primärprävention von Lutschgewohnheiten könnte durch einen Informationsfolder für Eltern von Kindern, die bereits eine Lutschgewohnheit entwickelt haben, ergänzt werden (Sekundärprävention).

Das Thema des verantwortungsbewussten Umgangs mit dem Babyfläschchen, das eng mit dem Thema Schnuller verknüpft ist und viele Kinder mit Lutschgewohnheiten berührt, könnte ebenfalls im Sinne der Primärprävention von myofunktionellen Störungen (ergänzend zur Prävention von Nuckelflaschenkaries) aufgearbeitet werden. Es könnte auch eine Aufnahme der Thematik in den Informationsfolder zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller diskutiert werden: einerseits ist die Thematik eng verwandt, andererseits sollte das Thema nicht nur kurz bzw. am Rande behandelt werden.

6. QUELLENVERZEICHNIS

Adair S. M., Milano M., Lorenzo I., Russell C.: Effects of current and former pacifier use on the dentition of 24- to 59-month-old children, in: Pediatric Dentistry, vol 17, 1995, pp. 437-444.

Adair S. M.: Pacifier use in children: a review of recent literature, in: Pediatric Dentistry, vol. 25, 2003, pp. 449-458.

aks Gesundheitsvorsorge: Stillen in Vorarlberg, Projektbericht. <<http://www.stillen.or.at/praesentation-der-vorarlberger-stillstudie-stillverhalten-aendert-sich/>> (Stand 2008; Abruf 23.5.2010 MEZ)

American Academy of Pediatrics. Thumbs, fingers and pacifiers- Guidelines for parents. <http://www.aap.org/publiced/BR_Thumbs.htm> (Stand Juni 06; Abruf 19.7.09 MEZ)

American Academy of Pediatric Dentistry, AAPD Publications. <<http://www.aapd.org/publications/brochures/tfphabits.asp>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

American Association of Orthodontics. When should I start? <<http://www.braces.org/learn/When-Should-I-Start.cfm>> (Stand 20.5.09; Abruf 19.7.09 MEZ)

American Dental Association. Thumbsucking. <<https://www.ada.org/public/topics/thumbsucking.asp>> (Stand August 2007; Abruf 19.7.09 MEZ)

Ascher F.: Distalbiß und Lutschen bei Eingeborenen im Tanganjika-Territory (Ostafrika), in: Fortschritte der Kieferorthopädie, 22. Jg., 1961, S. 157-163.

Bennett P., Murphy S.: Psychology and Health Promotion, 2. Auflage. Open University Press, Buckingham, Philadelphia 1998.

Bigenzahn W.: Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter. Grundlagen, Klinik, Ätiologie und Therapie, 2. Auflage. Thieme, Stuttgart 2003.

Bishara S. E., Warren J. J., Broffitt B., Levy S. M.: Changes in the prevalence of nonnutritive sucking patterns in the first 8 years of life, : American Journal of Orthodontics and dentofacial Orthopedics, vol. 130, 2006, pp. 31-36.

Brook S., Smith C.: Do combined oral contraceptive users know how to take their pill correctly?, in: The British Journal of Family Planning, vol. 17, 1991, pp. 18-20.

Castillo Morales R., Molina G., Limbrock J.: Primäre Zungenbewegungen. Eine Vergleichsstudie über die Persistenz bei fünfjährigen Kindern mit und ohne neurologische Erkrankungen auf der Basis der orofazialen Therapie nach Castillo-Morales, in: Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis, 17. Jg., 1995, S. 33-35.

Castillo Morales R.: Die Orofaziale Regulationstherapie, 2. Auflage. Pflaum, München 1998.

Charchut S. W., Allred E. N., Needleman H. L.: The effects of infant feeding patterns on the occlusion of the primary dentition, in: Journal of dentistry for children (Chicago, Ill.), vol. 70, 2003, pp. 197-203.

Clausnitzer R.: Kieferorthopädische Grundlagen für Logopäden und Sprachtherapeuten, 2. Auflage. Verlag modernes lernen, Dortmund 2006.

Codoni S.: HABITS, eine interdisziplinäre Annäherung, Berichte vom 12. Europäischen Kongress für myofunktionelle Therapie. Eigenverlag Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie, Basel 1999.

Codoni S.: Orofaziale Dyskinesie und myofunktionelle Therapie aus ganzheitlicher Sicht, in: GZM - Praxis und Wissenschaft, 9. Jg., 2004, Heft 4, S. 2-8.

Codoni S.: Von Lutschzweigen, Lislern und dem aufrechten Gang, in: Pädiatrische Praxis, Band 65, 2004, S. 15-24.

Codoni S., Hostettler N.: HABITS: Therapeutische Herausforderungen bei Kindern und Erwachsenen, in: GZM – Praxis und Wissenschaft, 13. Jg., 2008, S. 6-14.

Cole R., Holland S.: Recall of health education display materials, in: Health Education Journal, vol. 39, 1980, pp. 74-79.

Duman M., Farrell C.: The POPPI Guide- Practicalities of producing patient information, King's Fund 2000.

Duncan K., McNamara C., Ireland A.J., Sandy J.R.: Sucking habits in childhood and the effects on the primary dentition: findings of the Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood, in: International Journal of Paediatric Dentistry, vol. 18, 2008, pp. 178-188.

Eismann D., Mender G.: Die Milchgebissentwicklung unter dem Einfluss verschieden geformter Beruhigungssauger, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, 53. Jg., 1992, Heft 6, S. 349-353.

Fischer-Voosholz M., Spenthof U.: Orofaziale Muskelfunktionsstörungen, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg 2002.

Furtenbach M.: Sauger und Schnuller: Logopädische Aspekte, in: Hebammen*info*, 2005, Heft 5, S. 11-18.

Furtenbach M.: Das Märchen vom kiefergerechten Schnuller in: Codoni S.: HABITS -eine interdisziplinäre Annäherung, Berichte vom 12. Europäischen Kongress für myofunktionelle Therapie. Eigenverlag Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie e.V., Basel 1999.

Furtenbach M.: Welcher Sauger/ Schnuller ist der Beste?, in: Hahn V. et al. (Hrsg): Schauplatz Mund, Berichte vom 11. Europäischen Kongress für Myofunktionelle Therapie. Eigenverlag Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie e. V., München 1999.

Gatherer A., Paifit J., Porter E., Vessey M.: Is health education effective? Health Education Council, London 1979.

GEPS (Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Kindstod Deutschland, e. V.)

<http://www.geps.de/cms/front_content.php?path=Der-Plötzliche-Saeuglingstod/Das-Risiko-senken/>

(Abruf 19.3.10 MEZ)

Giel B.: Orofaziale Dysfunktionen, in: Siegmüller J., Bartels H.: Leitfaden, Sprache Sprechen Stimme Schlucken, 1. Auflage. Urban & Fischer, München 2006.

Gläser J., Laudel G.: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.

Gois E. G., Ribeiro-Junior H. C., Vale M.P., Paiva S. M., Serra-Negra J. M., Ramos-Jorge M.L., Pordeus I. A.: Influence of Nunnutritive Sucking Habits, Breathing Pattern and Adenoid Size on the Development of Malocclusion, in: Angle Orthodontist, vol. 78, 2008, pp. 647-654.

Grabowski R., Stahl F., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellem Status im Milch- und frühen Wechselgebiss, Teil I: Häufigkeit von Gebissanomalien, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Nr. 68, 2007, S. 26- 37.

Hahn V.: Prävention und Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien- Ein Beitrag zur kieferorthopädischen Prophylaxe, in: GZM- Praxis und Wissenschaft, 7.Jg., 2002, S. 16-20.

Heijnk S.: Textoptimierung für Printmedien, Westdeutscher Verlag, Opladen 1997.

Heimer M. V., Tornisello-Katz, C. R., Rosenblatt A.: Non-nutritive sucking habits, dental malocclusions, and facial morphology in Brazilian children: a longitudinal study, in: European Journal of Orthodontics, vol. 30, 2008, pp. 580-585.

Hensel E., Splieth C.: Gesundheitszustand, Morphologie und Funktion der 1. Dentition, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Nr. 53, 1998, S. 398-402.

Initiative Kiefergesundheit e.V. (IKG). <<http://www.milchzahnseite.de/>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Flaschensauger und Schnuller: Anforderungen an einen Beruhigungssauger am Department für Kinder- und Jugendheilkunde der Universitätsklinik für Pädiatrie, Innsbruck. <<http://www.all4family.at/index.php?region=3&content=4337>> (Stand Dezember 2008; Abruf 1.5.2010 MEZ)

ISPID (International Society for the Study and Prevention of perinatal and Infant Death). <<http://www.ispid.org/prevention.html>> (Abruf 19.3.10 MEZ)

Karjalainen S., Rönning O., Lapinleimu H., Simell O.: Association between early weaning, non-nutritive sucking habits and occlusal anomalies in 3-year-old Finnish children, in: International Journal of Paediatric Dentistry, vol. 9, 1999, pp. 169-173.

Kittel A. M.: Myofunktionelle Therapie, 5. Auflage. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2000.

Kittel A. M.: Kieferorthopädie, 1. Auflage. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2002.

Labbok M.H.: Effects of breastfeeding on the mother, in: Pediatric clinics of North America, vol. 48, 2001, pp. 143-158.

Largo R. H.: Babyjahre, 8. Auflage. Piper, München 1999.

Larsson E.: Artificial Sucking Habits: Etiology, prevalence and effect on occlusion, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 20, 1994, pp. 10-21.

Larsson E.: Sucking, chewing and feeding habits and the development of crossbite: a longitudinal study of girls from birth to 3 years of age, in: The angle orthodontist, vol. 71, 2001, pp. 116-119.

Ley P., Jain V., Skitbeck C.: A method of decreasing patients' medication errors, in: Psychological medicine, vol. 6, 1976, pp. 599-601.

Ley P.: Communicating with Patients. Croom Helm, London 1988.

MAM-Baby. <http://www.mambaby.com/mam/ueber_mam-mam_verantwortung-sids-initiative,11053.html> (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Mayring P.: Qualitative Inhaltsanalyse, 10. Auflage. Beltz-Verlag, Weinheim 2008.

Mc Master V., Nicholas S., Machin D.: Evaluation of breast self-examination teaching materials in primary care setting, in: Journal of the Royal College of General Practitioners, vol. 17, 1985, pp. 21-23.

Metson D., Kassianos G., Norman D., Moriarty J.: Effect of information leaflets on long-term recall - useful or useless? The British Journal of Family Planning, vol. 17, 1991, pp. 337-346.

Möller D., Spreen-Rauscher M.: Frühe Sprachintervention mit Eltern, Thieme, Stuttgart 2009.

Morris S.E., Klein M.D.: Mund- und Eßtherapie bei Kinder. Entwicklung, Störungen und Behandlungen orofazialer Fähigkeiten, Urban&Fischer, 2. Auflage, München, Jena 2001.

Murphy S., Smith C.: Crutcher, Confetti or useful Tools? Professionals views on and use of health education leaflets, in: Health Education Research, Theory and Practice, vol. 19, 1993, pp. 369-83.

NUK. <<http://www.nuk.de/service/faq-beruhigungssauger/beruhigungssauger.html>> (Abruf 19.3.2010 MEZ)

Ovsenik M., Far nik F.M., Korpar M., Verdenik I.: Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years fo age, in: The European Journal of Orthodontics, vol. 29 2007, pp. 523-529.

Palmer B.: The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: a commentary, in: Journal of Human Lactation, vol. 14, 1998, pp. 93-98.

Peres G.K., Barros A.J.D., Peres M.A., Victora C.G.: Effects of breast feeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study, in: Revista de Saúde Pública, vol. 41, 2007, pp. 343-350.

Poyak J.: Effects of pacifiers on early oral development, in: International Journal of Orthodontics, vol. 17, 2006, pp. 13-6.

Proffit W. R.: On the aetiology of malocclusion, in: British Journal of Orthodontics, vol. 13, 1986, pp. 1-11.

Pschyrembel W.: Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Nikol Verlagsgesellschaft mbH, Hamburg 1994.

Römermann S.: Kieferorthopädische Befunde der erweiterten Schuleingangsuntersuchung des Greifswalder Einschulungsjahrganges 1995. Dissertation: medizinische Fakultät der Universität Greifswald 2002.

Robke F. J.: Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit, Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, 69. Jg., 2008, S. 5-19.

Roland M., Dixon M.: Randomized controlled trial of an educational booklet for patients presenting with back pain in general practice, in: The Journal of the Royal College of General Practicioners, vol. 39, 1989, pp. 244-246.

- Roski R. (Hrsg.): Zielgruppen gerechte Gesundheitskommunikation, 1. Auflage. VS-Verlag, Berlin 2009.
- Russel M., Wilson C., Baker D.: Effect of general practitioner's advice against smoking, in: The British Medical Journal, vol. 2, 1979, pp. 231-235.
- Scavone H. Jr., Ferreira R. I., Mendes T. E., Ferreira F. V.: Prevalence of posterior crossbite among pacifier users: a study in the deciduous dentition, in: Brazilian Oral Research, vol. 21. 2007, pp. 153-158.
- Schnabel P. in Roski R. (Hrsg.): Zielgruppen gerechte Gesundheitskommunikation, 1. Auflage. VS-Verlag, Berlin 2009.
- Schopf P.: Der Anteil exogener Faktoren an der Entstehung von Dysgnathien, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, 42. Jg., 1981, S.19-28.
- Schweizerische Gesellschaft für Kieferorthopädie. <http://www.swissortho.ch/action=120_20> (Abruf 1.5.2010 MEZ)
- Sergl H.-G.: Psychologie der Lutschgewohnheiten, in : Fortschritte der Kieferorthopädie, 46. Jg., 1985, S. 101-112.
- Sexton S., Natale R.: Risks and Benefits of Pacifiers, in: American Family Physician, vol.79, 2009, pp. 681-685.
- SIDS Austria. <http://www.sids.at/sids_austria.html> (Abruf 1.5.2010 MEZ)
- SIDS Austria Steiermark (Hrsg.): Vorsorgeinitiative gegen Plötzlichen Kindstod. Nimm das Schicksal in die Hand. Broschüre ohne Angabe des Erscheinungsjahres, erhalten am 5.3.2010 von der Firma MAM auf dem Logopädiekongress (*Im Gespräch 2010*) in Innsbruck.
- Stahl F., Grabowski R., Gaebel M., Kundt G.: Zusammenhang von Okklusionsbefunden und orofazialen myofunktionellen Status im Milch- und frühen Wechselgebiss; Teil II: Häufigkeit von orofazialen Dysfunktionen, in: Fortschritte der Kieferorthopädie, Vol. 68, 2007, S. 74-90.
- Tränkmann, J.: Ätiologie, Genese und Morphologie dyskinesiebedingter Dysgnathien, in: Sprache-Stimme-Gehör, 21. Jg., 1997, S. 152-160.
- Van den Engel-Hoek L.: Fütterstörungen- ein Ratgeber für Ess- und Trinkprobleme bei Kleinkindern,1. Auflage. Schulz-Kirchner-Verlag, Idstein 2008.
- Vázquez-Nava F., Quezada-Castillo J. A., Oviedo-Treviño S., Saldivar-González A.H., Sánchez-Nuncio H.R., Beltrán-Guzmán F. J., Vázquez-Rodríguez E. M., Vázquez Rodríguez C. F.: Association between allergic rhinitis, bottle feeding, non-nutritive sucking habits, and malocclusion in the primary dentition, in: [Archives of disease in childhood, vol. 91, 2006, pp. 836-840.](#)
- Verband der Still- und Laktationsberaterinnen Österreichs (IBCLC). <<http://www.stillen.at/>> (Abruf 14.5.2010 MEZ)
- Verband österreichischer Kieferorthopäden. <<http://www.voek.or.at/>> (Abruf 1.5.2010 MEZ)

Verrastro A. P., Stefani F. M., Rodrigues C. R., Wanderley M. T.: Occlusal and orofacial myofunctional evaluation in children with primary dentition, anterior open bite and pacifier sucking habit, in: International Journal of Orofacial Myology, vol. 32, 2006, pp. 7-21.

Viggiano D., Fasano D., Monaco G., Strohmenger L.: Breast feeding, bottle feeding, and non-nutritive sucking; effects on occlusion in deciduous dentition, in: Archives of Disease in Childhood, vol. 89, 2004, pp. 1121-1123.

Voß E.: Zahngesundheit, Kieferentwicklung und myofunktioneller Status bei Kindern eines sprachheilpädagogischen Förderzentrums. Inauguraldissertation: medizinische Fakultät der Universität Rostock 2007.

Warren J. J., Bishara S. E.: Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition, in: American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics, vol. 121, 2002, pp. 347-356.

Warren J. J., Slayton R. L., Yonezu T., Bishara S. E., Levy S. M., Kanellis M. J.: Effects of Nonnutritive Sucking Habits on Occlusal Characteristics in the Mixed Dentition, in: Pediatric dentistry, vol. 27, 2005, pp. 445-450.

Wiktionary: Definition Risiko. <<http://de.wiktionary.org/wiki/Risiko/>> (Abruf 12.3.2010 MEZ)

Zardetto C.G., Rodrigues C.R., Stefani F.M.: Effects of different pacifiers on the primary dentition and oral myofunctional structures of preschool children, in : Pediatric Dentistry, vol. 24, 2002, pp. 252- 260.

ANHANG

Anhang 1 – Brief an die Mütter

Sehr geehrte Frau _____!

Ich möchte Ihnen ganz herzlich zur Geburt Ihres Kindes gratulieren!

Ich bin Logopädin (Sprachtherapeutin) und beschäftige mich im Rahmen eines berufsbegleitenden Studiums mit dem Thema Schnuller. In Absprache mit der Stationsleitung und den Zahngesundheitserzieherinnen des aks suche ich Mütter, die gerade ihr erstes Kind bekommen haben und bereit sind, an der Erprobung eines Informationsfolders zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller (aus logopädischer Sicht) teilzunehmen.

Der Zeitaufwand beträgt zweimal ca. 10 bis 15 Minuten. Das erste Gespräch (Interview) findet hier auf der Station statt. Danach erhalten Sie von mir den erwähnten Informationsfolder zum verantwortungsbewussten Umgang mit dem Schnuller. Ca. 6 Wochen später soll dann das 2. Gespräch stattfinden.

Falls Sie bereit sind mitzumachen, möchte ich Sie bitten, dies der Kollegin vom aks mitzuteilen. Ich bin am von bis..... auf der Station.

Über Ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen würde ich mich sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen

Ulrike Lins

Anhang 2 – Der Informationsfolder



Das Wichtigste in Kurzform

Saugen ist in den ersten sechs Lebensmonaten natürlich und wichtig. Das Saugbedürfnis des Kindes soll befriedigt werden. Dies geschieht beim Stillen. Wenn ein Schnuller verwendet wird, soll verhindert werden, dass eine Lutschgewohnheit entsteht.

Der Schnuller soll nicht zu oft und nicht zu lange im Mund des Kindes sein.


Der Schnuller soll keine anderen Bedürfnisse überdecken - nur wenn das Kind saugen will, soll der Schnuller verwendet werden.

Auch Schnuller, die als „kieferegerecht“, „physiologisch“ oder „natürlich geformt“ verkauft werden, können der Kiefer- und Sprechentwicklung schaden, wenn sie zu oft und zu lange verwendet werden.

Wenn das Kind anfängt zu beißen und kauen, ist feste Nahrung wichtig. Das Saugen wird vom Kauen abgelöst. Das Kind braucht keinen Schnuller mehr.

Kinderdienste

Kontakt



aks Kinderdienste Dornbirn
 Logopädie
 Ulrike Lins
 Färbergasse 13 / 1
 6850 Dornbirn
 T 055 74 / 202 - 5200
 kd.d@aks.or.at

www.aks.or.at

Der Schnuller

Fragen und Antworten zum verantwortungsbewussten Umgang

Der Schnuller
 aks Sozialmedizin GmbH
 Kinderdienste Dornbirn
 Färbergasse 13 / 1
 6850 Dornbirn
 T 055 74 / 202 - 5200
 kd.d@aks.or.at

Brauchen Babys einen Schnuller?


Saugen ist ein natürliches Bedürfnis. Es dient vor allem zur Nahrungsaufnahme, aber auch zur Beruhigung und Entspannung im Säuglingsalter. Beim Stillen wird die Muskulatur des Babys optimal trainiert und das natürliche Saugbedürfnis am besten befriedigt. So begünstigt Stillen die normale Kiefer- und Sprechentwicklung.

Der Schnuller ist ein Ersatz für die Mutterbrust. Gerade in der Anfangszeit ist es wichtig, dass das Kind das Saugbedürfnis nur an der Brust befriedigt. So wird die Milchbildung angeregt. Falls Sie sich für einen Schnuller entscheiden, ist es wichtig, dass Sie ihn bewusst und überlegt verwenden.

Warum ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit dem Schnuller wichtig?

Wenn der Schnuller zu oft im Mund des Kindes ist und zu lange verwendet wird, können Zahn- und Kieferfehlstellungen die Folge sein. Außerdem kann sich die Muskulatur, die zum Sprechen benötigt wird, nicht richtig entwickeln. Das Kind kann Schwierigkeiten beim Sprechen bekommen.

Typische Schnuller-Folgen: Offener Biss, vergrößerte Frontzahnstufe



Kinderdienste

Wie kann ich verhindern, dass der Schnuller meinem Kind schadet?

Der Schnuller kann Ihrem Baby helfen, das natürliche Saugbedürfnis zu befriedigen. Damit der Schnuller keinen Schaden anrichten kann, soll das Kind keine Lutschgewohnheit entwickeln. Darum ist es wichtig, dass das Baby den Schnuller nur dann bekommt, wenn es ein Saugbedürfnis zeigt. Der Schnuller soll nur so lange im Mund bleiben, bis das Saugbedürfnis gestillt ist bzw. bis das Kind sich beruhigt hat. Auf keinen Fall muss der Schnuller ständig im Mund des Kindes sein.

Soll ich meinem Kind, wenn es weint, immer zuerst den Schnuller geben?

Wenn das Baby weint, kann das verschiedene Gründe haben. Vielleicht hat es in dem Moment gar kein Saugbedürfnis, sondern ein ganz anderes Bedürfnis. Vielleicht hat es Hunger, muss gewickelt werden oder möchte getragen werden? Vielleicht braucht es ganz einfach Zeit und Aufmerksamkeit. Es liegt in Ihrer Verantwortung zu entscheiden, wann und wie lange Sie Ihrem Kind einen Schnuller geben.

Kinderdienste

Gibt es nicht auch gesunde Schnuller?

Hersteller bewerben ihre Produkte mit Bezeichnungen wie „kieferegerechter Schnuller“, „natürlich geformter Schnuller“, „physiologischer Schnuller“ usw. Diese Bezeichnungen sind irreführend. Jeder Schnuller, egal wie er aussieht und gemacht ist, schadet der Kiefer- und Sprechentwicklung, wenn er zu lange und zu häufig im Mund des Kindes ist.

Wann soll der Schnuller nicht mehr verwendet werden?

Sobald das Kind Zähne bekommt, will es beißen und kauen. Es ist wichtig, dass es dann festere Nahrungsmittel angeboten bekommt. Das Saugbedürfnis tritt in den Hintergrund. Wird der Schnuller weiter verwendet, wird das Saugbedürfnis künstlich aufrecht erhalten. Das Lutschen am Schnuller ist dann kein echtes Bedürfnis mehr, sondern eine Gewohnheit. Daher ist es sinnvoll, dem Kind ab dem 6. bis 12. Lebensmonat den Schnuller gar nicht mehr zu geben.

Kinderdienste

Anhang 3 – Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

Zeitpunkt 1 (auf der Wochenstation)

Fragen zum Wissenstand zum Zeitpunkt 1

Die offenen Einstiegsfrage lautete: „Viele Eltern geben ihren Babys und Kleinkindern einen Schnuller. Was meinen Sie dazu? Brauchen Babys einen Schnuller?“. Es wurde die spontane Antwort auf diese offene Frage abgewartet.

Ergänzend wurden dann im Gespräch folgende Fragen gestellt: „Angenommen, eine Freundin, die ebenfalls ihr erstes Kind erwartet, fragt Sie nach ihrer Meinung zum Schnuller, was würden Sie ihr antworten?“

„Was verbinden Sie mit dem Schnuller? Was wissen Sie über Nutzen, Risiken, Einsatzmöglichkeiten des Schnullers?“, „Gibt es etwas dabei, das man beachten muss?“, „Haben Sie sich schon zu diesem Thema informiert? Wenn ja, wie? Was ist Ihnen als wichtig Erinnerung geblieben?“

Fragen zur praktischen Umsetzung zum Zeitpunkt 1

„Haben Sie sich schon entschieden, ob Ihr Kind einen Schnuller bekommen soll?“, „Wenn ja, wie, wann, warum wollen Sie ihn einsetzen?“ „Wenn nein, warum nicht?“

Frage zur Ernährung zum Zeitpunkt 1

„Wie ernähren Sie Ihr Kind?“

Zeitpunkt 2 (telefonisch, 6-7 Wochen nach der Geburt)

Fragen zur praktischen Umsetzung zum Zeitpunkt 2

„Wie gehen Sie im täglichen Leben mit dem Schnuller um?“, Wenn das Kind keinen Schnuller hat: „Warum haben Sie sich dagegen entschieden bzw. wurde der Schnuller vom Kind nicht akzeptiert?“, Wenn das Kind einen Schnuller hat: „Wann, wie oft und warum geben Sie Ihrem Kind den Schnuller?“, „Bis zu welchem Alter des Kindes möchten Sie den Schnuller noch verwenden?“

Fragen zum Wissenstand zum Zeitpunkt 2

„Können Sie sich erinnern, dass ich Ihnen im Anschluss an unser erstes Gespräch im Krankenhaus einen Informationsfolder gegeben habe?“, „Haben Sie den Folder gelesen? Wie hat er Ihnen gefallen? Was ist Ihnen als Kernaussage des Folders in Erinnerung geblieben?“, „Was sind die sinnvollen Einsatzmöglichkeiten, was die Risiken bei der Verwendung eines Schnullers?“, „Worauf können Sie als Mutter Einfluss nehmen bzw. was müssen Sie im Umgang mit dem Schnuller beachten?“

Fragen zur persönlichen Einschätzung zur Sinnhaftigkeit des Folders zum Zeitpunkt 2

„Haben Sie den Folder als hilfreich oder unterstützend bei Ihrer Meinungsbildung empfunden?“, „Glauben Sie, dass der Folder Ihren Wissenstand verändert hat?“, „Angenommen, eine Freundin, die ihr erstes Kind erwartet, fragt Sie um Ihre Meinung zum Thema Schnuller. Was würden Sie ihr antworten?“, „Jetzt ist Ihr Kind ja noch ganz klein. Sind Sie jetzt schon an Informationen zur Sprachentwicklung, zur Vermeidung von Sprechproblemen, Zahn- und Kieferfehlstellungen interessiert oder ist das im Moment noch nicht aktuell für Sie?“

Frage zur Ernährung zum Zeitpunkt 2

„Wie ernähren Sie Ihr Baby?“, „Haben Sie schon einen Rhythmus gefunden oder ist jeder Tag noch anders?“