

Stillen – richtiges Anlegen und Saugen

Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 1. August 2007

Stillprobleme sind eine wesentliche Ursache dafür, dass Frauen vorzeitig abstillen. Die SuSe-Studie („Stillen und Säuglingsernährung“) von 1997/98 ergab, dass Mütter, die über Stillprobleme in den ersten 14 Tagen berichteten, mehr als doppelt so oft frühzeitig abstillten als Mütter ohne Stillprobleme. Zum Teil sind diese Stillprobleme auf falsche Anlegetechniken zurückzuführen und damit vermeidbar. Entscheidende Hinweise für Ursachen und damit auch Behandlung von Stillproblemen können durch genaues und geduldiges Beobachten einer Stillmahlzeit gewonnen werden.

Beschreibung des Saugens

In der Regel verfügt das soeben geborene Kind über die notwendigen reflexartigen Reaktionen sowie die motorischen und sensorischen Fähigkeiten, die ihm helfen, die Brust zu finden und mit Mund und Zunge zu untersuchen. Hierfür ist Ruhe und eine gewisse Zeit notwendig, üblicherweise ein- bis eineinhalb Stunden.

Bei Neugeborenen nach Kaiserschnitt und nach Schmerzmittelgebrauch unter der Geburt kann auch mehr Zeit notwendig sein.

Anzeichen für Saugschwierigkeiten sind beispielsweise:

- Das Baby weint und weigert sich, an der Brust zu trinken.
- Das Baby bäumt sich auf, stößt die Mamille aus seinem Mund.
- Die Zunge des Babys klemmt am Gaumen oder vermag nur schnalzende Auf- und Ab-Bewegungen zu vollbringen.
- Das Baby macht nur schwache und ineffektive Saugbewegungen.
- Das Baby ist unruhig, schnappt nach der Brust und lässt immer wieder los.

Normales und erfolgreiches Saugen

Richtiges Saugen ist nur möglich, wenn das Baby so positioniert ist, dass es die Brust korrekt erfassen und diese auch während des Saugaktes halten kann.



Bild 1

Bild 1¹ - Kennzeichen für korrektes Saugen:

1. Der Mund ist weit geöffnet (Mund voll Brust).
2. Die Lippen sind nach außen gestülpt.
3. Das Kinn berührt die Brust.
4. Die Nase des Kindes ist nahe der Brust, berührt sie eventuell, ist frei zum Atmen.
5. Von dem Teil der Areola, der unter der Mamille liegt, wird mehr in den Mund des Kindes eingesaugt als von dem oberhalb gelegenen Teil (asymmetrisches Anlegen).
6. Die Wangen sind beim Saugen nicht eingezogen, sondern rund (keine Grübchen sichtbar).

Der Saugrhythmus verändert sich während des Saugintervalls – die schnellen flachen Saugbewegungen zum Anregen des Milchflusses werden zu ruhigeren effektiveren Bewegungen, an denen der Unterkiefer aktiv durch Heben und Senken beteiligt ist. Manchmal sind die Bewegungen bis zum Ohr sichtbar. Das sicht- und hörbare Schlucken des Babys zeigt, dass

Gestörtes und erfolgloses Saugen

Der Saugrhythmus verändert sich nicht, die Wangen sind eingezogen wie beim Saugen an einem Strohhalm (Grübchen sind sichtbar).

Das Stillen ist während der ganzen Stillmahlzeit sehr schmerzhaft (Ansaugschmerz und Dauerschmerz)



Bild 2

Bild 2 - Kennzeichen für nicht korrektes Saugen:

1. Der Mund ist nicht weit geöffnet (Kussmäulchen).
2. Die Unterlippe ist eingezogen.
3. Das Kinn ist fern der Brust.
4. Die Nase des Kindes ist zu weit entfernt von der Brust oder in die Brust gedrückt. Es ist wenig oder gar kein Teil der Areola mit erfasst.

¹ Die verwendeten Bilder sind mit freundlicher Genehmigung der Autoren entnommen aus: Both, Frischknecht: „Stillen kompakt – Atlas zur Diagnostik und Therapie in der Stillberatung“ Elsevier 2007

Milch fließt. Wenn das Baby korrekt saugt, verspürt die Mutter während des Stillens keinen Schmerz. Schmerzen beim Ansaugen bis der Milchspendereflex einsetzt können während der ersten 7-14 Tage auftreten.

Mögliche Ursachen und Folgen des nicht korrekten Saugens

Ursachen

Folgende Faktoren können Ursache für nicht korrektes Saugen sein:

- besondere Anatomie der Brust
- besondere Bedingungen des Kindes (Frühgeburt, einschließlich Krankheiten und Fehlbildungen)
- besondere Umstände nach der Geburt (Störungen und Unterbrechungen des Mutter-Kind-Kontaktes in den ersten zwei Stunden nach der Geburt)
- zu früher Gebrauch von Flaschensauger und/oder Schnuller

Folgen

Folgen nicht korrekten Saugens können sein:

- Die Milchbildung wird ungenügend stimuliert
- Der Milcheinschuss verläuft sehr schmerzhaft
- Der Milchspendereflex ist gehemmt
- Wunde Mamillen
- Milchstau und Mastitis
- Übermäßiger Gewichtsverlust bzw. ungenügende Gewichtszunahme des Kindes

Allgemeine Maßnahmen zum Vermeiden von Saug Schwierigkeiten

- Ein gesundes Neugeborenes wird nach der Geburt so auf den Bauch der Mutter gelegt, dass es selbst die Brust finden kann. Mutter, Vater und Kind dürfen sich ungestört während der ersten ein bis zwei Stunden kennen lernen. Alle notwendigen Routinemaßnahmen werden direkt bei Mutter und Kind durchgeführt bzw. nach Möglichkeit auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.
- Rooming-in und Anlegen nach Bedarf regen die Milchbildung an und unterstützen das Kennenlernen der Bedürfnisse und Signale des Neugeborenen. Am ersten Lebenstag wird das Baby möglicherweise viel schlafen, danach sollte es aber bis zum Milcheinschuss häufig (mindestens 8-15mal/24h) an der Brust trinken. Ist die Milchbildung gut angeregt, nimmt die Häufigkeit der Stillmahlzeiten bei steigender Milchaufnahme durch das Baby in der Regel wieder ab.
- Bei Müdigkeit und Saugschwäche des Säuglings kann gegebenenfalls die Anregung der Milchbildung innerhalb der ersten sechs bis zwölf Stunden nach der Geburt durch Brustmassagen, manuelles Milchgewinnen oder Abpumpen erfolgen.
- Ein gesundes Neugeborenes benötigt in den ersten Tagen keine Zufütterung von Flüssigkeit oder Nahrung. Ein frühes Zufüttern mit der Flasche kann dazu führen,

dass das Baby die Brust ablehnt. Manche gesunde Neugeborene schlafen länger, zeigen weniger Interesse an der Brust und sind erst zum Saugen bereit, wenn der Milchspendereflex einsetzt. Sie reagieren ungeduldig, wenn die Milch nicht gleich fließt. Wenn das Kind innerhalb der ersten sechs Stunden nach der Geburt nicht angelegt werden kann, sollte es z.B. abgepumptes Kolostrum mit Hilfe eines Löffels oder einer Pipette erhalten.

- Unnötige Interventionen im Mundbereich nach der Geburt sollten unterlassen werden. Dazu gehören Absaugen oder andere Fremdreize am Gaumen, wie Schnuller, Flaschensauger, Stillhütchen, Finger, Daumen, da dadurch Reize gesetzt werden, die anders wahrgenommen werden als der Reiz durch die Mamille.
- Fütterzeiten, die nicht dem Bedürfnis des Kindes folgen, können dem korrekten Saugen entgegenwirken.

Praxis des Anlegens

Das Baby wird so positioniert, dass es dem Körper der Mutter zugewandt ist. Das Gesicht des Kindes befindet sich gegenüber der Brust, die Nase in Höhe der Mamille. Sobald das Baby den Mund weit öffnet, zieht die Mutter es schnell nah zu sich heran und unterstützt so das korrekte Erfassen der Brust.

- Das Baby wird zur Brust gebracht – nicht umgekehrt. Es liegt eng am Körper der Mutter, beide befinden sich Bauch an Bauch.
- Ohr, Schulter und Hüfte des Kindes bilden eine Linie, der Rücken wird gut gestützt.
- Das Baby kann den Kopf leicht nach hinten überstrecken. Es muss den Kopf nicht zur Seite drehen, um an die Brust zu gelangen.
- Eventuell wird der Kopf des Babys sanft gestützt, wobei es ihn frei bewegen und so seine Position selbst korrigieren kann.
- Die Nasenflügel graben sich nicht in die Brust ein, sondern sind frei zum Atmen.
- Die Zunge schiebt sich nach unten über die untere Zahnleiste, das Baby saugt die Mamille und einen „Mund voll Brustgewebe“ aktiv ein, das entstehende Vakuum formt das erfasste Brustgewebe. Die Zungenbewegungen massieren die Milch aus den Milchgängen und das Baby schluckt Milch.

Die Mutter sollte bequem liegen oder sitzen.

- Die Mutter nimmt eine bequeme Haltung ein, Kissen und eventuell eine Fußstütze können hilfreich sein.
- Sitzt die Mutter, sollten die Füße Bodenkontakt haben und der Rücken der Mutter gut gestützt sein.

Unterstützen oder Halten der Brust

Das Abstützen der Brust kann sinnvoll sein. Zur Unterstützung der Brust sollte der C-Griff gezeigt werden (wobei darauf zu achten ist, dass Finger und Daumen nicht zu nah an der Areola platziert sind).

- Beim C-Griff (Bild 3) liegt die Handfläche unterhalb der Brust, die Finger zeigen auf eine Seite, der Daumen auf die andere Seite. Um dem Baby in den ersten Tagen beim Erfassen der Brust zu helfen, kann mit einem leichten Druck des Daumens auf das Brustgewebe die Mamille so dirigiert werden, dass das Kind Mamille sowie einen großen Teil der Areola gut erfassen kann. Der Zigarettengriff oder Scherengriff, den viele Frauen von sich aus anwenden, kann das Erfassen von ausreichendem Brustgewebe behindern.



Bild 3

- Frühgeborene Kinder oder Kinder mit neurologischen Problemen können von besonderen Stillpositionen oder spezieller Unterstützung der Brust wie z. B. dem DanCer-Griff (Bild 4) profitieren. Hier ist fachliche Anleitung nötig.



Bild 4

Lösen von der Brust

In der Regel lässt das Neugeborene die Brust von allein los, wenn es satt ist.

- Zur Unterbrechung des Saugschlusses wird ein Finger in den Mundwinkel und zwischen die Zahnleisten des Kindes geschoben. Wird das Baby ohne Lösen des Saugschlusses von der Brust gezogen, kann es zu Rissen und offenen Verletzungen der Mamille kommen.

Literatur

- American Academy of Pediatrics (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 115: 496-506.
- Auerbach KG (2000). Evidence-based care and the breastfeeding couple: key concerns. *J Midwifery Women's Health* 45: 205-211.
- Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LA (1994). Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 83: 1122-1126.
- Cronenwett L., Stukel T, Keraney M, Barrett J, Covington C, DelMonte K, Reinhardt R, Rippe L (1992). Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. *Pediatrics* 90: 760-766.
- Dowling D., Thanattherakul W (2001). Nipple confusion, alternative feeding methods and breastfeeding supplementation: state of science. *Newborn and Infant Nurse Review* 1: 217-223.
- Hafström M, Kjellmer I (2000). Non-nutritive sucking by infants exposed to pethidine in utero. *Acta Paediatr.* 89: 1196-1200.
- Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, de Blicke EA, Oakes D, Lawrence RA (2003). Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect of breastfeeding. *Pediatrics* 111: 511-518.
- Kassing D (2002). Bottlefeeding as tool to reinforce breastfeeding. *J Hum Lact* 18: 56-60.
- Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F (2001). Pacifier use, early weaning and cry/fuss behaviour. *JAMA* 286: 322-326.
- Kuriniji N, Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breastfeeding. *Pediatrics* 88: 745-750.
- Nationale Stillkommission: Zur Frage einer Zufütterung beim gestillten Neugeborenen. Empfehlung 2001 BfR.
- Neifert M., Lawrence R., Seacat J (1995). Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 126:125-129.
- Newman J (1990). Breastfeeding problems associated with the early introduction of bottles and pacifiers. *J Hum Lact* 6: 59-63.
- Righard L, Alade MO (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 336: 1105-1107.
- Righard L (1998). Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 25: 40-44.