

# Wie zufüttern, um das Stillen zu schützen?

**Wann? Womit? Wie schnell reduzieren? Manchmal ist aus verschiedenen Gründen volles Stillen nicht oder noch nicht möglich. Wie kann das dann notwendige Zufüttern gestaltet werden, um das Stillen zu erhalten und den Weg zum vollen Stillen so gut wie möglich zu unterstützen? Wie kann eine vom Baby gesteuerte Reduzierung mit der Gewichtskurve verlässlich und einfach begleitet werden?** Autorin: Márta Guóth-Gumberger



**Márta Guóth-Gumberger**

**Vorstellung und Offenlegung**  
Diplomingenieurin, Still- und Laktationsberaterin IBCLC seit 1999, Ausbildung in Integration prä- und perinataler Erfahrungen, Fachberaterin für Emotionelle Erste Hilfe, Stillberatung und Familienbegleitung in eigener Praxis, Vortragstätigkeit und Veröffentlichungen, unter anderem Autorin von „Gewichtsverlauf und Stillen“, STILLDOK und STILLDOK-Premie.  
[www.stillunterstuetzung.de](http://www.stillunterstuetzung.de)  
[www.pflege-adoption.de](http://www.pflege-adoption.de)

**V**iele Mütter stillen ihr Baby ab der Geburt ausschließlich; kompetente und engagierte Fachkräfte und günstige äußere Rahmenbedingungen sind dabei eine wichtige Unterstützung. Für die meisten Mütter ist volles Stillen ihr persönliches Ziel. Falls aus irgendeinem Grund bei einem gestillten Baby Zufütterung erforderlich ist, können das gewählte Hilfsmittel und das Vorgehen dazu beitragen, das Stillen zu erhalten und eventuell zum vollen Stillen zurückzukehren.

Schwierige Startbedingungen, gesundheitliche Herausforderungen und andere Gründe können dazu führen, dass das Baby nicht genügend Muttermilch trinkt und als Folge nicht ausreichend zunimmt. Ab einem

bestimmten Punkt ist dann sowohl auf Grund der Gesundheit des Babys als auch zum Erhalt des Stillens Zufütterung erforderlich.

## Wann zufüttern?

Für die Entscheidung, ob und wann eine Zufütterung erforderlich ist, spielen viele Gesichtspunkte und die medizinische Indikation eine Rolle<sup>[1;2]</sup>.

**Im Wochenbett** sind die Zeichen für einen normalen Verlauf, wenn

- › häufiges angenehmes Stillen für Mutter und Baby leicht möglich ist,
- › ab dem dritten/vierten Tag 5–6 schwere Einwegwindeln/Tag und
- › mindestens 3 x/Tag Stuhl beobachtet werden [3; 2, S. 3; 4; 5, S. 144–145].

Ein oder mehrere Tage ohne Stuhl, nur 3 oder 4 nasse Windeln oder weniger sind eindeutig ein Zeichen, dass das Baby zu wenig Milch zu sich genommen hat und – wenn die Maßnahme „häufiges sorgfältiges Anlegen“ ausgeschöpft ist – eindeutig ein Grund zuzufüttern. Auch wenn ein Baby nicht in der Lage ist ausdauernd an der Brust zu saugen, kann dies ein Grund sein, mit Zufütterung an der Brust zu unterstützen.

**Beim Baby im Alter von 1 Woche bis 6 Monaten** ist es wichtig, den **gesamten Gewichtsverlauf** in einer Kurve von Hand<sup>[6]</sup> oder mit STILLDOK<sup>[7]</sup> visuell darzustellen [5, S. 45–49; 8, S. 440; 9, S. 418]. Entscheidend ist ein angemessener Maßstab, genaues Zeichnen und die Beschriftung der Gewichtskurve mit Legenden: Wann und wie häufig wurde ausschließlich gestillt? Wurden Schnuller oder Stillhütchen verwendet? Welche Besonderheiten traten auf?

Die WHO-Standards (WHO-Child Growth Standards, Wachstumsstandards der Weltgesundheitsorganisation)<sup>[6]</sup> beschreiben das Wachstum von gesunden, termingeborenen

## ANMERKUNG DER REDAKTION:

Dieser Artikel ist „Open Access“, d.h. im Internet frei verfügbar. Aufgrund seiner großen nationalen und internationalen Bedeutung darf er unter Fachpersonal (Stillberaterinnen, Hebammen, Kinderärzte usw.) frei verbreitet werden.

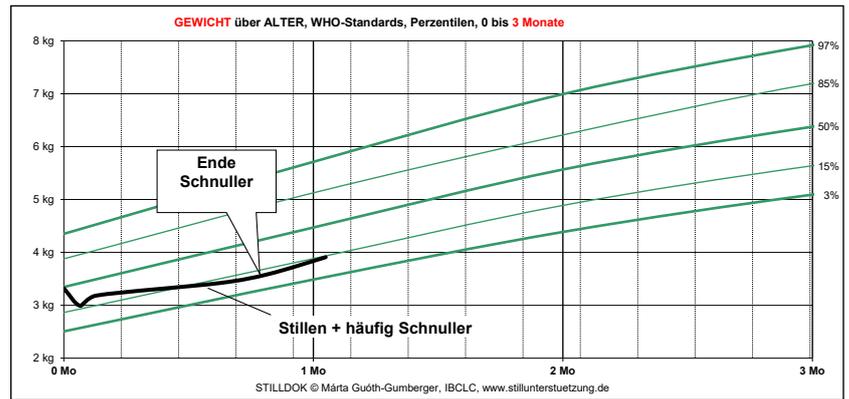
Babys, die mindestens 4 Monate lang ausschließlich oder vorwiegend gestillt worden sind [10, S.17]. Wenn die Gewichtskurve eines Babys entlang einer der Kurven der WHO-Standards verläuft, das heißt, dass sein Gewicht mit einem Monat, zwei Monaten und drei Monaten auf derselben Perzentile liegt, zum Beispiel auf der 15%-Perzentile oder P15, nennt man das einen perzentilenparallelen Verlauf. P15 bedeutet, dass 15% der gleichaltrigen Babys leichter und 85% schwerer sind.

Ein solcher perzentilenparalleler Verlauf der Gewichtskurve innerhalb der WHO-Standards ist normal und altersgemäß [5, S.53].

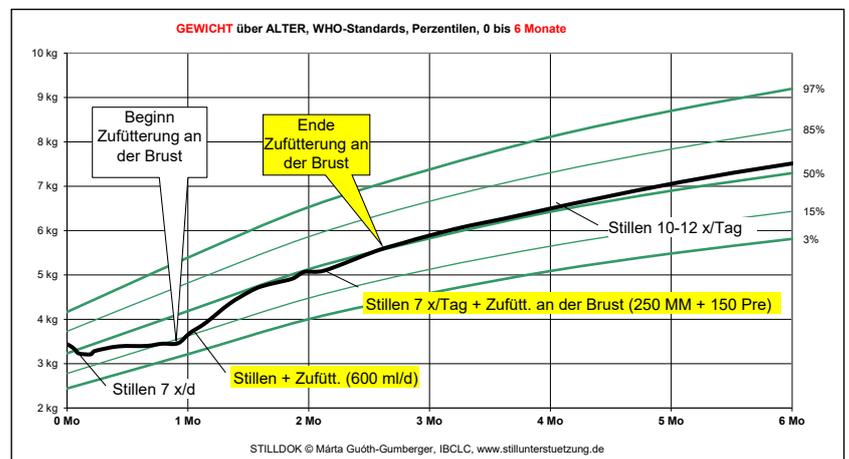
Ein Sonderfall ist es, wenn ein Baby perzentilenparallel zunimmt, aber nicht in der Lage ist, sich die Milch selbst zu holen und 100% gepumpte Muttermilch aus der Flasche trinkt (Abb. 8). Ein anderer Sonderfall liegt vor, wenn die Kurve eines ausschließlich gestillten Babys vorübergehend nach oben kreuzt. Dies ist beim ausschließlich gestillten Baby kein Übergewicht und bedeutet auch kein erhöhtes Risiko, im späteren Lebensalter Übergewicht zu entwickeln. Eine Einschränkung des Stillens ist nicht zu empfehlen [5, S.79–83].

Das Absinken der Gewichtskurve nach unten lässt sich in drei Gruppen kategorisieren [5, S.148]:

- › **Suboptimaler Gewichtsverlauf** (Kreuzen nach unten um 10–15 Prozentpunkte, beispielsweise von P50 zu P35, eine eventuelle Messungenauigkeit wird durch das nächste Wiegen geklärt) → Zufüttern ist *nicht* erforderlich. Dies kann in der Regel durch Verbesserung des Stillmanagements ausgeglichen werden, beispielsweise Anlegetechnik, Stillhäufigkeit, Weglassen von Schnuller oder Hütchen (Abb. 1).
- › **Kritische Gewichtszunahme** – deutlich zu wenig (Kreuzen um 20 Prozentpunkte und mehr, beispielsweise von P30 zu P3, eine eventuelle Messungenauigkeit hätte keinen Einfluss) → Zufütterung erforderlich (Abb. 2, 3, 4, 7).
- › **Äußerst kritische Gewichtszunahme** – Gedeihstörung (um mehr als 50 Prozentpunkte und/oder deutlich unter P3) → sofort zufüttern, mit welchem Mittel auch immer, sofort ärztliche Untersuchung (Abb. 5, 6).



**Abb. 1:** Junge, nach den ersten Tagen suboptimales Wachstum (von P25 auf P13). Verbesserung des Stillmanagements durch Stillberatung, Weglassen des Schnullers, dadurch häufigeres Stillen führen zu Anstieg der Gewichtskurve. Kurve Andrea Hemmelmayr IBCLC



**Abb. 2:** Mädchen, Stillen ab Geburt, Empfehlung mindestens 2 Stunden Pause zwischen den Stillmahlzeiten, deutlich zu wenig Gewichtszunahme (von P70 zu P13), Geburtsgewicht mit 4 Wochen, Beginn Zufütterung an der Brust, 600 ml/Tag (100%), damit Aufholwachstum, ab perzentilenparallelem Wachstum langsames Reduzieren bei regelmäßiger Gewichtskontrolle, Ende der Zufütterung mit etwa 2½ Monaten, weiter gestillt, angemessene Gewichtszunahme.

Die englischsprachige Literatur ist geprägt von unterschiedlichen Messeinheiten für das Gewicht in Pfund und Gewichtsunzen oder Gramm und für Flüssigkeitsmengen in britischen oder amerikanischen Flüssigkeitsunzen. Um Gewichtswerte in die WHO-Standards einzutragen, müssen diese zuerst in Gramm umgerechnet oder in einer Tabelle nachgeschlagen werden. Der Einsatz von LACTDOC [11], der englischen Version von STILLDOK, die auch mit Gewichtswerten in Pfund die Kurve in den WHO-Standards zeichnet, ist nicht verbreitet. Der Aufwand für das Erstellen von Gewichtskurven bei Gewichtangaben in Pfund könnte ein

Grund sein, warum Testwiegen und Angaben zur wöchentlichen Gewichtszunahme gegenüber der kontinuierlichen Auswertung der Gewichtskurve bevorzugt werden und warum in der Literatur keine differenzierten Kriterien nach Alter und Geschlecht zu finden sind. Für kritische Gewichtsverläufe sind keine Kriterien zu finden, für äußerst kritische Gewichtszunahme, also eine Gedeihstörung, sind die Kriterien nicht differenziert und mit Angaben wie „weniger als 140 g/Wo“ [9, S. 419–420; 12, S. 234, 239] oder „weniger als 120 g/Wo“ [8, S. 439, 444] sehr weit gefasst.

## Welche Prioritäten?

In einer Situation mit zu wenig Muttermilch und/oder zu geringer Gewichtszunahme sind Stillberatung und die Änderungsmöglichkeiten bei Anlegen, Stillfrequenz, Stillmanagement und Unterstützung grundsätzlich vorrangig [8, S. 436]. Wenn dies nicht ausreicht, sind weitere mögliche Maßnahmen Zufüttern an der Brust, Ursachensuche, Pumpen und Galaktogoga. Bewährt hat sich der Ansatz, Zufüttern an der Brust als erste Priorität zu wählen, weil das dem vollen Stillen am nächsten ist und weniger Zeit als zusätzliches Pumpen beansprucht [5, S. 116–117; 13,

S. 131; 3, S. 23; 2]. Zusätzliches Pumpen ist in manchen Situationen, falls es für die Mutter umsetzbar ist, eine Option und unterstützt parallel die Milchbildung. Fachkräfte haben unterschiedliche Präferenzen, auch je nach Situation können der eine oder andere Schwerpunkt oder Kombinationen davon sinnvoller sein. Letztendlich entscheiden die Eltern, welchen Weg sie beginnen möchten. Es ist wichtig, sie nach ihren Zielen zu fragen und die Empfehlungen danach auszuwählen.

Die englischsprachige Literatur ist zurückhaltend mit der Empfehlung von Zufütterung an der Brust [2, S. 4–5; 9, S. 274–275; 8, S. 516–517; 14,

S. 65ff; 15, S. 42–45]. Obwohl IBCLCs Zufüttern an der Brust als beste Methode zum Erhalt des Stillens betrachten [16], wird die Flasche von IBCLCs am häufigsten empfohlen, auch wenn neuere Forschung die Effektivität des Zufütterns an der Brust bestätigt [17]. Detaillierte Anleitungen für die Zufütterung an der Brust stehen zur Verfügung [18; 19; 5, S. 116–124] und im deutschsprachigen Raum gibt es viele gute Erfahrungen damit.

## Womit zufüttern?

Die Zufütterung an der Brust kann im Wochenbett über eine Spritze mit weichem Aufsatz, eine Sonde mit Spritze oder das Brusternährungsset (BES) geschehen. Für Zufütterung zu Hause ist das BES (Supplemental Nursing System, SNS), Lact-Aid oder eine Sonde mit Milchbehälter (Lactation-Aid) die erste Wahl [13; 5, S. 116–117]. Beim Zufüttern erhält das Baby die Milch aus der Brust und die zusätzliche Milch durch einen Schlauch. Während der Zufütterung an der Brust wird die Prägung auf die Brust erhalten, das Saugen an der Brust geübt und verbessert, außerdem wird die Milchbildung stimuliert. Da in dieser Weise das Stillen erhalten wird, kann unter Umständen auch etwas früher oder reichlicher zugefüttert werden, um den Stress in der Situation zu reduzieren – und zwar unabhängig davon, ob Muttermilch oder Pre-Nahrung (Säuglingsanfangsnahrung für Neugeborene) gegeben wird.

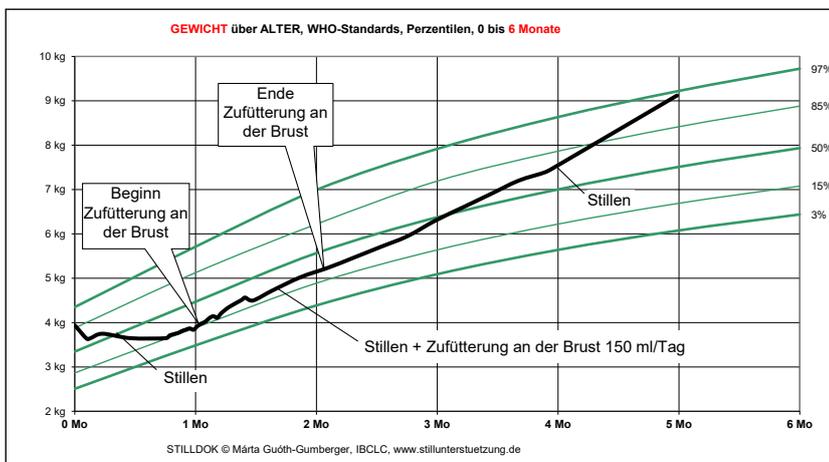
Bei der Flasche besteht das Risiko einer Präferenz und des frühzeitigen Abstillens. Konsequentes Anlegen vor und nach der Flasche und sehr viel Pumpen sind beim Wunsch, das Stillen zu erhalten, parallel erforderlich [9, S. 251–254].

## Was zufüttern?

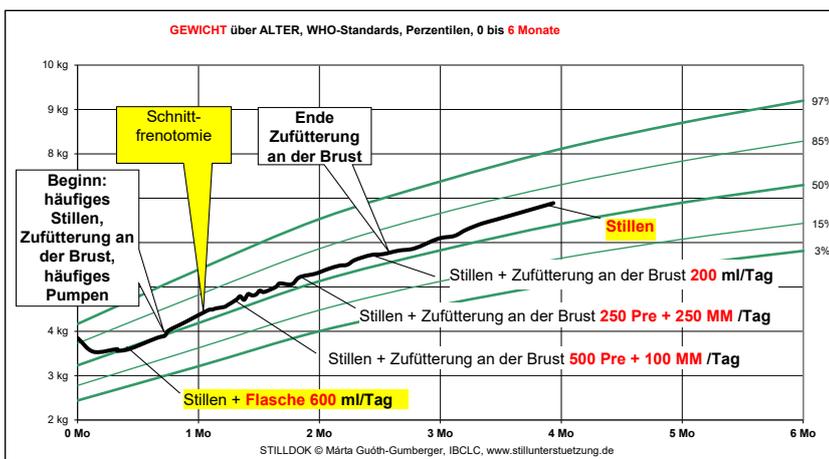
Bei der Zufütterung ist Muttermilch die 1. Wahl, gespendete Frauenmilch die 2. Wahl und Pre-Nahrung die 3. Wahl [2, S. 4; 20; 21]. Für den Erhalt des Stillens ist die Wahl des Hilfsmittels – bevorzugt Zufüttern an der Brust – wichtiger als die Art der zugefütterten Milch, da es um die Prägung und die Saugbewegung geht. Falls die Zeit- und Energieressourcen der Familie begrenzt sind, kann die Entscheidung für Zufüttern an der Brust Priorität vor dem Pumpen haben. Bei guten Ressourcen kann die Familie neben Zufüttern an der Brust versuchen, den Einsatz von künstlicher Säuglingsnahrung durch intensives Pumpen zu vermeiden oder zu verringern.

## Wie viel zufüttern am Anfang?

**Im Wochenbett** sind häufige kleine Stillmahlzeiten normal – daher ist es offensichtlich, dass bei einer eventuell erforderlichen



**Abb. 3:** Junge, Stillen, –8%, dann deutlich zu wenig Gewichtszunahme (von P85 zu P15), Beginn Brusternährungssets (150 ml/Tag), damit Einschwenken in perzentilenparallelen Verlauf, BES für 5 Wochen, danach Stillen, weiter ansteigende Gewichtskurve.



**Abb. 4:** Mädchen, anfangs deutlich zu wenig Gewichtszunahme (von P87 zu P50), Geburtsgewicht mit 3 Wochen erreicht, Beginn Flasche (fast 100%), Steigerung der Stillhäufigkeit, Umstellung auf das Brusternährungsset, zusätzliches Pumpen, Schnittfrenotomie, langsame vom Baby gesteuerte Reduzierung der Zufütterung bei regelmäßiger Gewichtskontrolle, nach zwei Monaten volles Stillen mit angemessener Gewichtszunahme. Sorgfältige Dokumentation in einem angemessenen Maßstab mit Legenden, die die Maßnahmen und den Verlauf übersichtlich zeigen und eine ermutigende Beratung ermöglichen.

Zufütterung die Portionen klein sein sollten – 5 oder 10 oder vielleicht 30 ml – günstiger sind **häufige kleine Portionen**. Beim Zufüttern von 60 bis 80 ml würde das Baby automatisch erst nach einer längeren Pause wieder zum Stillen bereit sein.

**Das Baby im Alter von 1 Woche bis 6 Monaten** zu Hause mit einer **kritischen Gewichtszunahme**, also deutlich zu wenig Zunahme, kann in der Regel seinen **Bedarf zeigen**. Deswegen wird grundsätzlich mehr Milch in das BES gefüllt, damit das Kind etwas übriglassen und damit die getrunzene Menge selbst bestimmen kann [12, S. 237]. Bei kritischer Gewichtszunahme gilt für die ersten Tage: So viel zufüttern, wie das Baby bereit ist zu trinken. Wenn das Baby jedoch bei der ersten Zufütterung auf einmal 150 ml trinkt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass es einen Teil der Milch wieder ausspucken wird. Spätestens wenn die Gewichtskurve eine positive Tendenz zeigt, ist es wichtig die Stillfrequenz zu erhalten. Dafür ist es günstig, häufig kleinere Portionen anzubieten [12, S. 238]. Wenn das Kind 100 ml oder mehr auf einmal trinkt, wird es danach wahrscheinlich eine längere Stillpause einlegen. In diesem Fall kann die Mutter versuchen, etwas weniger in das BES zu füllen, um die Milchbildung durch häufiges Stillen zu fördern.

**Das Baby im Alter von 1 Woche bis 6 Monaten** zu Hause mit einer **äußerst kritischen Gewichtszunahme**, das heißt einer Gedeihstörung, kann seinen **Bedarf nicht zeigen**. Hier ist es notwendig, dass die Eltern initiativ und aktiv mit häufigen kleinen Portionen füttern und erst später zum Zufüttern nach Bedarf wechseln. Ärztliche Begleitung ist in dieser Situation unabdingbar.

**Wie oft zufüttern?**

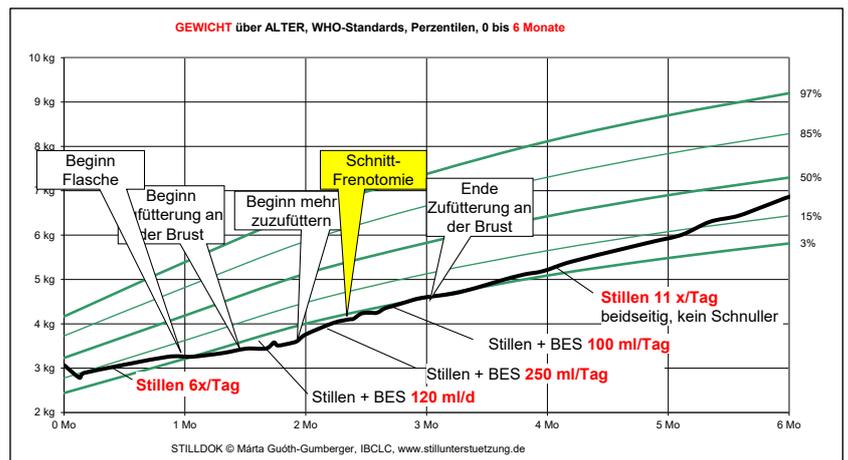
Die Häufigkeit der Zufütterung hängt von der Situation ab. Wenn **nur wenig ergänzt** werden muss, weil die Gewichtszunahme nur geringfügig zu wenig ist, gibt es die Möglichkeit, innerhalb von 3 bis 4 Stunden häufig zu stillen, und danach etwas zusätzlich anzubieten, das heißt, insgesamt selten zuzufüttern [12, S. 238].

Falls die **Gewichtszunahme kritisch** ist, ist es günstiger öfter kleinere Portionen anzubieten, damit die Stillfrequenz insgesamt hoch bleiben kann. Allerdings ist es wichtig zu berücksichtigen, was für die Familie möglich ist. Theoretisch ist es auch mit dem BES möglich bei jeder Mahlzeit eine so große Menge zuzufüttern, dass die Stillfrequenz auf 5 oder 6 x/Tag sinkt – dies kann für manche Familien der tragbare Weg sein. Zum Erhalt der Milchbildung ist jedoch

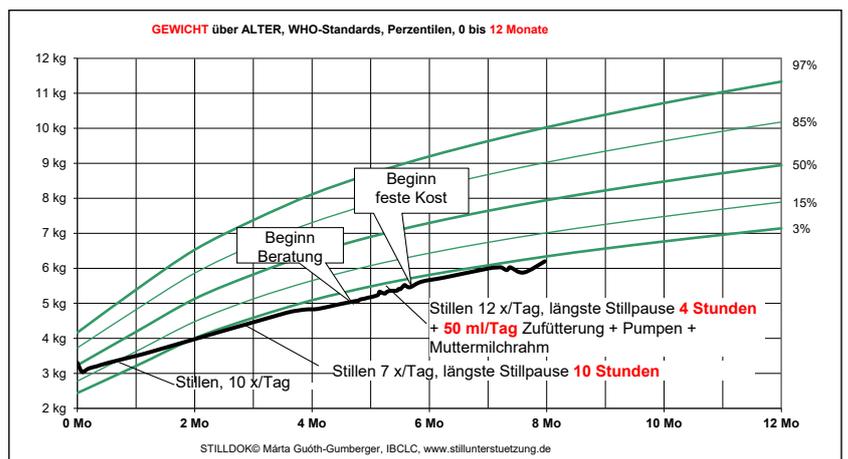
die normale Stillhäufigkeit von 8–12 x/Tag wünschenswert, für den Aufbau der Milchbildung mindestens so oft [8, S. 443], beispielsweise 6–8 x/Tag mit BES und zusätzliche Stillmahlzeiten ohne BES.

Falls die **Gewichtszunahme äußerst kritisch** ist – sei es im Wochenbett oder später – kann das Baby meist nicht auf einmal eine größere Portion trinken und kann seinen Bedarf nicht zeigen – es geht in eine Art Rückzug und minimiert alle Anstrengungen. Die Eltern sagen dann manchmal: „Das Baby will ja gar nichts trinken; es schläft, wacht nicht

von selbst auf, hat keinen Appetit.“ (**Abb. 6**) Hier ist es erforderlich, dass die Eltern durch das Gespräch mit der Fachkraft verstehen, dass das Kind seinen Bedarf nicht zeigen und der Magen im Moment nicht mehr aufnehmen kann und dass es Aufgabe der Eltern ist, dem Baby die Nahrung in häufigen kleinen Portionen sehr aktiv und initiativ anzubieten. In extrem kritischen Situationen ist es (meist nur für wenige Tage) notwendig, tagsüber alle 15 Minuten winzige Mengen Muttermilch oder Pre-Nahrung anzubieten – gegebenenfalls auch mit Teelöffel oder



**Abb. 5:** Mädchen, Stillen, –9%, Geburtsgewicht mit 2½ Wochen, nicht ausreichende Gewichtszunahme (von P40 zu unterhalb von P3), zu geringe Stillfrequenz, Flasche, Brusternährungsset, zunächst zu geringe Menge, da die Gewichtskurve nicht kontrolliert wurde, ab Steigerung der Menge und Erhöhung der Stillfrequenz Aufholwachstum, nach Frenotomie und weiterem Einsatz des BES volles Stillen ab 3 Monaten, weiter gute Gewichtszunahme und langes Stillen.



**Abb. 6:** Mädchen, Stillen, –8%, Gewichtszunahme äußerst kritisch (von P50 zu unter P1), zu geringe Stillfrequenz, zu lange Nachtpause, ab Beratung Stillfrequenz erhöht, Nachtpause gekürzt, Pumpen und Füttern von Muttermilchrahm, aber das Baby konnte seinen Bedarf nicht zeigen und kaum Zufütterung annehmen, obwohl unterschiedlichste Hilfsmittel versucht wurden. Die Gewichtszunahme blieb kritisch. Langsames Absinken der Gewichtskurve ohne Maßnahmen kann langfristig negative Folgen haben.

Spritze – und in Absprache mit der ärztlichen Begleitung Abstände und Mengen allmählich zu steigern [5, S. 133–138; 12, S. 237].

### Wie schnell zufüttern?

Beim Zufüttern an der Brust kann der Fluss zu schnell, zu langsam oder angemessen sein. Die Dauer der Zufütterung pro Stillmahlzeit ist ein Hinweis – 5 Minuten sind zu kurz, 60 Minuten deutlich zu lange. Wenn sich das Baby verschluckt, ist der Fluss zu schnell und es kann sein, dass es nicht so viel trinkt, wie es bräuchte. Eine sehr kurze Mahlzeit (50 ml und mehr in 5 Minuten) bedeutet zu schnellen Fluss und kann dazu

führen, dass das Baby Stillen mit Schlauch gegenüber Stillen ohne Schlauch bevorzugt. Wenn das Baby unzufrieden an der Brust ist und häufig wieder abdockt, ist der Fluss wahrscheinlich zu langsam. Auch in diesem Fall wird es eher weniger als benötigt trinken<sup>[19;18]</sup>. Wenn es rhythmisch, entspannt und ausdauernd saugt, ist der Fluss angemessen und das Baby wird die Menge trinken, die seinem Hunger entspricht.

### Wie kann die Auswirkung beurteilt werden?

Die Reaktion auf die Zufütterung ist Grundlage für etwaige „Kurskorrekturen“.

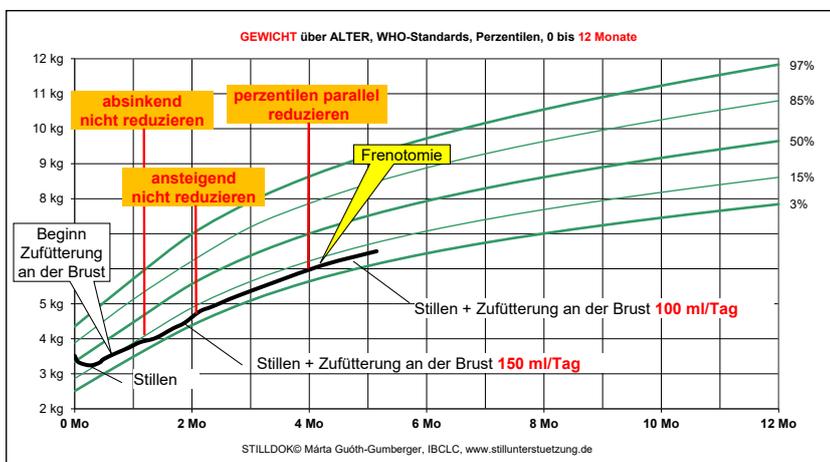
Unmittelbare Rückmeldung erhalten wir durch die Beobachtung des Babys; sein Verhalten ist aber auch von der jeweiligen Situation und Stimmung abhängig. Verlässliche Beurteilung liefert das Wiegen. Testwiegen vor und nach dem Stillen für 24 Stunden wird manchmal empfohlen [9, S. 253; 8, S. 439, 442]. Es ist jedoch schwierig, kleine Gewichtsunterschiede verlässlich zu wiegen. Testwiegen ist aufwändig, lenkt von der Beobachtung des Babys ab und für die Mutter in der Regel verunsichernd.

Deutlich weniger belastend für die Familie und sehr verlässlich ist die **kontinuierliche Auswertung der Gewichtskurve**. Dafür wird das nackte Baby innerhalb von 24 Stunden nur einmal um dieselbe Uhrzeit gewogen. Bei äußerst kritischer Gewichtszunahme ist es sinnvoll 1  $\times$ /Tag zu wiegen, bei kritischer Gewichtszunahme alle 3 Tage [8, S. 439], sobald sich die Gewichtskurve stabilisiert 1  $\times$ /Woche [12, S. 237] und später 1  $\times$ /zwei Wochen. Mit den gemessenen Daten wird die Gewichtskurve des Babys von Hand oder mit STILLDOK weiter gezeichnet. Kleine Messabweichungen sind als leichte Wellen in der Kurve zu erkennen, während die Tendenz klar ersichtlich ist. Wichtig ist die Beschriftung mit Legenden: Wann wurde welche Maßnahme (Pumpen, Zufüttern, Galaktagoga) begonnen und beendet und wann wurde wie viel und womit zugefüttert? (siehe alle Abbildungen)

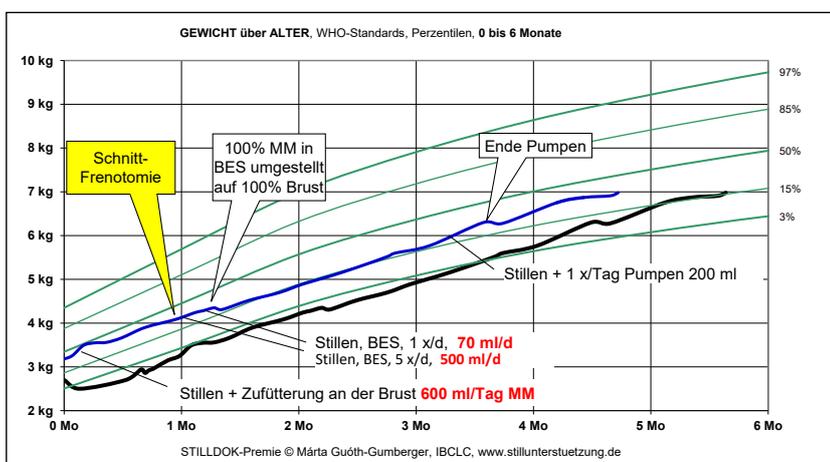
### Unmittelbare Wirkung der Zufütterung

An der Gewichtskurve sieht man Tag für Tag die Wirkung, insbesondere bei Darstellung mit STILLDOK. Wenn eine absinkende Gewichtskurve einen Knick nach oben oder in perzentilenparalleles Wachstum zeigt, bedeutet das, dass das Baby das Nahrungsangebot annimmt (**Abb. 2, 4**). Das ist ein sehr positives Zeichen. Es bedeutet, dass das Baby schrittweise in der Lage ist (oder bald sein wird), seinen Bedarf zu zeigen und die Zufütterung zu regulieren. Dann kann der weitere Verlauf neben regelmäßiger Gewichtskontrolle der Autonomie von Mutter und Baby überlassen werden, genauso bei ohnehin perzentilenparallelem Verlauf.

Wenn die Kurve jedoch weiter absinkt und ab Zufütterung kein Knick (zumindest in die perzentilenparallele Richtung) zu beobachten ist oder auch das Baby über eine oder mehrere Wochen entlang unter P3 wächst und nicht etwas Aufholwachstum nach oben zeigt, hat das Baby das Nahrungsangebot nicht angenommen oder nicht häufig genug angeboten bekommen (**Abb. 5**). Es kann seinen Bedarf nicht regeln und es ist wichtig,



**Abb. 7:** Junge, Stillen, deutlich zu wenig Gewichtszunahme (von P70 zu P15), Geburtsgewicht mit 3 Wochen, Beginn Brusternährungsset, 350 ml/Tag (ca. 50%), Einschwenken der Gewichtskurve in perzentilenparallelen Verlauf, Zufütterung langsam reduziert, nach Frenotomie 100 ml/Tag bei angemessener Gewichtszunahme



**Abb. 8:** Junge, zu früh geboren in Schwangerschaftswoche 36+0, intubiert, dann Flasche, Beginn Brusternährungsset noch vor errechnetem Geburtstermin, 600 ml/Tag Muttermilch (100% über das BES). Nach Frenotomie Umstellung auf direktes Stillen schneller möglich als gewöhnlich, noch 2 Monate Milchbildung durch Pumpen zusätzlich unterstützt. Blaue Kurve für das korrigierte Alter, schwarze Kurve für das Kalenderalter. Kurve erstellt mit STILLDOK-Premie.<sup>[21]</sup>

dass die Mutter weiter aktiv und initiativ füttert (**Abb. 6**). In seltenen Fällen kann es sein, dass die Ursache für einen solchen Verlauf eine zugrundeliegende (schwere) Erkrankung ist.

**Praktische Hinweise zum Zufüttern**

Der praktische Umgang ist entscheidend dafür, dass die Mutter tatsächlich weiter an der Brust zufüttert. Verschiedene Aspekte sind dabei wichtig, nämlich:

- › Zubereitung von Pre-Nahrung im BES oder dem verwendeten Behälter,
- › einfache Reinigung,
- › Milch bei Zimmertemperatur füttern (dadurch kann ein Rest später gegeben werden, die Flexibilität nimmt zu, häufige kleine Portionen werden möglich),
- › Baby beobachten und keine Aufzeichnungen der Menge (Apps lenken von der Beobachtung des Babys ab, die abgeschätzte Menge aus der Erinnerung genügt),
- › wenn es für die Mutter schwer ist, sich von den Aufzeichnungen zu lösen: jeden 7. Tag für 24 Stunden Aufzeichnungen.

**Wie kann reduziert werden?**

Es gibt sehr gute Erfahrungen mit der Methode, das Reduzieren der Zufütterung vom Baby steuern zu lassen. Der Vorteil ist, dass es sehr entspannt ablaufen kann und die Autonomie von Mutter und Baby gestärkt wird.

Wenn das Baby mit äußerst kritischer Gewichtszunahme noch nicht in der Lage ist, seinen Bedarf zu zeigen, kann ohnehin nicht an Reduzieren gedacht werden (**Abb. 6**). Vom Baby gesteuerte Reduzierung ist nur möglich, wenn das Baby seinen Bedarf zeigen kann. Die Gewichtskurve in den WHO-Standards gibt Rückmeldung, ob die derzeit insgesamt zugefütterte Menge angemessen ist. Die Fachkraft gibt der Mutter eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen (**Abb. 7**) [5, S.148]:

- › **abfallende** Gewichtskurve → warten, **nicht reduzieren**, eventuell etwas mehr zufüttern – dies ist offensichtlich;
- › **aufsteigende** Gewichtskurve → warten, bis die Kurve in perzentilenparallelen Verlauf eingeschwenkt ist und damit altersgemäßes Wachstum bei seinem „Wohlfühlgewicht“ erreicht ist, **nicht reduzieren** – dies mag überraschend klingen, ein langsames Vorgehen hat sich jedoch bewährt;

- › **perzentilenparallele** Gewichtskurve → **langsam reduzieren** – es ist nicht notwendig, dass die Gewichtskurve wieder die Perzentile bei der Geburt erreicht.

Die Fachkraft kann der Mutter ohne Mengenangaben zu nennen sagen: „Mut zu weniger.“ Wenn das Baby Milch im BES zurücklässt, braucht es nicht ermutigt zu werden, den Rest noch zu trinken. Die Menge kann auch von Tag zu Tag schwanken.

Bei dem Sonderfall „100 % Muttermilch mit der Flasche“ kann beispielsweise nach einer Zungenbandbehandlung der Übergang zum direkten Stillen schnell gelingen (**Abb. 8**), meist ist jedoch längere Zeit erforderlich.

Bei der babygesteuerten Reduzierung mit Gewichtskurve sind detaillierte Berechnungen nicht erforderlich. Es wird nur der aktuelle Gewichtswert mit der aktuellen Zufütterungsmenge in die Gewichtskurve eingetragen; Alter und Geschlecht werden damit automatisch erfasst. Dieses Vorgehen ist einfach und entspannt für die Familie und kann auch beim Zufüttern mit der Flasche verwendet werden.

Alternative Vorgehensweisen betonen die Bedeutung der regelmäßigen Gewichtskontrolle, schlagen jedoch eine von der Mutter oder IBCLC bestimmte und geplante Reduzierung der Zufütterungsmenge, das Nachschauen der benötigten Tagesmenge in Tabellen, Testwiegen und Werte für die zu erreichende wöchentliche Gewichtszunahme vor [12, S.239; 14, S.73; 8, S.443-444, 739-440; 15, S.37-39].

Dabei ist genaues Rechnen erforderlich. Im englischsprachigen Raum bereiten die unterschiedlichen Maßeinheiten von Millilitern und Flüssigkeitsunzen (ml und oz) und Gramm und Unzen (g und oz) eine zusätzliche Schwierigkeit. Außerdem wird für die zu erreichende Gewichtszunahme ohne Differenzierung bezüglich Geschlecht oder Alter des Babys von 170 g/Woche ausgegangen, was der Zunahme eines Mädchens in den ersten beiden Monaten auf P3 entspricht. Für Mädchen auf einer höheren Perzentile oder für Jungen wäre das zu wenig, für ein älteres Baby eine zu hohe Erwartung.

Im Vergleich ist eine Reduzierung, die vom Baby gesteuert und mit der visuellen Beurteilung der Gewichtskurve begleitet wird, zeitsparend und zuverlässig, außerdem berücksichtigt sie Geschlecht, Alter und Körpergewicht. ›



**DAS PROGRAMM STILLDOK**



ist in deutscher Sprache als Beilage zum Buch „Gewichtsverlauf und Stillen“ über den Buchhandel oder unter folgen-der Internetadresse erhältlich:  
[www.stillunterstuetzung.de/shop/gewichtsverlauf-und-stillen-dokumentieren-beurteilen-begleiten](http://www.stillunterstuetzung.de/shop/gewichtsverlauf-und-stillen-dokumentieren-beurteilen-begleiten).



Die englische Version LACTDOC ist erhältlich unter [www.breastfeeding-support.de/shop/lactdoc-program-growth-monitoring-guoth-gumberger](http://www.breastfeeding-support.de/shop/lactdoc-program-growth-monitoring-guoth-gumberger).



Zusätzlich ist für Frühgeborene STILL-DOK-Premie erhältlich unter [www.stillunterstuetzung.de/shop/stilldok-premie-guoth-gumberger](http://www.stillunterstuetzung.de/shop/stilldok-premie-guoth-gumberger).

Weitere Anleitungen zur Beurteilung des Gewichtsverlaufs, zum Gebrauch von STILLDOK und des Brusternährungssets finden Sie unter folgenden Internet-Adressen:

**Auf Deutsch:**

- › [www.stillunterstuetzung.de/infos-gewichtsverlauf-beim-stillen](http://www.stillunterstuetzung.de/infos-gewichtsverlauf-beim-stillen)
- › [www.stillunterstuetzung.de/infos-stilldok-gewichtskurven](http://www.stillunterstuetzung.de/infos-stilldok-gewichtskurven)
- › [www.stillunterstuetzung.de/brusternaehrungsset](http://www.stillunterstuetzung.de/brusternaehrungsset)
- › [www.stillunterstuetzung.de/shop](http://www.stillunterstuetzung.de/shop)

**Auf Englisch:**

- › [www.breastfeeding-support.de/weight-gain-breastfeeding-for-professionals](http://www.breastfeeding-support.de/weight-gain-breastfeeding-for-professionals)
- › [www.breastfeeding-support.de/at-breast-supplementation](http://www.breastfeeding-support.de/at-breast-supplementation)
- › [www.breastfeeding-support.de/shop](http://www.breastfeeding-support.de/shop)

### Wann ist volles Stillen erreicht?

Die Endphase des Reduzierens verläuft oft in Wellen, mal sind mehr, mal geringere Zufüttermengen erforderlich. Diese Phase fühlt sich für die Mutter unsicher und unklar an. Sie braucht Ermutigung, möglichst beidseits häufig anzulegen und dies praktisch in ihren Alltag zu integrieren. Es kann sein, dass das Baby an einem Tag keine Zufütterung benötigt, am nächsten Tag aber doch, es kann so wenig sein wie alle zwei–drei Tage 30 ml/Tag. Mit etwas Geduld kann die Zufütterung ausklingen – nach dem Motto „langsamer ist schneller“ [8, S. 444]. Wichtig ist, dass die Stillbeziehung für Mutter und Kind möglichst entspannt ist.

Falls die Mutter gepumpt hat, ist es sinnvoll, dies nicht gleichzeitig mit dem Zufüttern zu beenden, sondern überlappend etwas später. Wenn kein Hilfsmittel mehr verwendet wird, also kein BES und keine Pumpe mehr, wird 2 Wochen später nochmal gewogen. Wenn der Gewichtsverlauf dann perzentilenparallel ist, kann die Mutter zu ihrem Einsatz beglückwünscht und die Begleitung abgeschlossen werden.

Wie lange es bis zum vollen Stillen dauert, ist sehr unterschiedlich. Es hängt davon ab, wie die Ausgangssituation war und welche Maßnahmen für die Familie realistisch umsetzbar waren. Zwei Wochen nach Beginn sieht man, wie viel weniger Zufütterung erforderlich ist. Falls die Gewichtszunahme perzentilenparallel ist, kann man etwa abschätzen, wie lange es dauert, bis keine Zufütterung mehr nötig ist.

### Wenn Zufüttern langfristig erforderlich ist

Manchmal ist es nicht möglich, die Milchbildung so stark zu steigern, dass die Zufütterung vor Einführung von Beikost beendet werden kann. Wenn Mütter versucht haben, die Milchbildung zu steigern, dies aber nur bis zu einem bestimmten Punkt möglich war, ist die Entscheidung sinnvoll, sich nicht weiter intensiv um Steigerung der Milchbildung zu bemühen. Sie füttern dann längerfristig eine kleinere oder größere Menge mit dem BES zu. Folgende Anpassungen haben sich bewährt, um den Alltag angenehm zu gestalten, nämlich:

- › weiter mit dem BES stillen,
- › alle anderen Maßnahmen wie Pumpen und sonstige Maßnahmen beenden,
- › nachts möglichst nur stillen, kein BES verwenden,
- › tags reichlich nach Bedarf stillen, mit und ohne BES,

- › gute Lösungen für Stillen unterwegs finden (beispielsweise BES vorher und nachher, unterwegs ohne BES stillen) und
- › die Perspektive besprechen, nach Einführung von Beikost ohne BES weiterzustillen.

Wenn das Baby nach der anfänglichen Eingewöhnungszeit auch mit Schlauch leicht an die Brust geht, bevorzugen viele Mütter das Stillen mit dem BES gegenüber der Flasche und machen gute Erfahrungen damit. Der reine Arbeitsaufwand beim BES ist nicht mehr und nicht weniger als bei der Flasche. Die Anfangsphase mit dem BES scheint aufwändiger als Zufütterung mit der Flasche, solange bis das Herrichten und das Andocken an der Brust mit Schlauch selbstverständlich geworden sind. Danach ist Stillen mit dem BES einfacher als Flasche zu füttern, weil die Mutter die Signale des Babys spürt und nicht so wie bei der Flaschenfütterung die ganze Mahlzeit mit voller Aufmerksamkeit begleiten muss. Eine wichtige Rolle spielen ermutigende Begleitung, Unterstützung im familiären Umfeld, Austausch mit anderen Müttern und Wertschätzung durch die beteiligten Fachkräfte.

Andere Mütter treffen die Entscheidung zur Flasche zu wechseln, vielleicht nebenbei weiter anzulegen, was jedoch häufig nicht für längere Zeit aufrechterhalten werden kann.

Viele Jahre Erfahrung bestätigen, dass sich das beschriebene Vorgehen mit Zufütterung an der Brust und kontinuierlicher Auswertung der Gewichtskurve bewährt hat und viele Mütter so das Stillen erhalten oder wieder zum (vollen) Stillen kommen können.

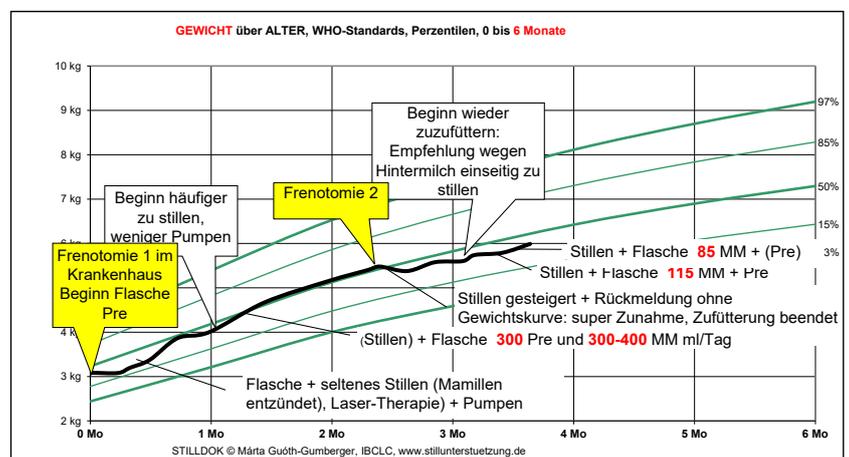
### Fallbeispiele

#### Fallbeispiel 1

Das Mädchen wurde mit einem Geburtsgewicht von 3090g geboren. Das Stillen war von Anfang an schwierig und sehr schmerzhaft. Wegen einer sehr stark eingeschränkten Zungenbeweglichkeit wurde im Geburtskrankenhaus eine Frenotomie durchgeführt. Ein Kontrolltermin wurde nicht vereinbart. Zu Hause hat die Mutter wegen stark entzündeter Mamillen kaum gestillt, auch Laser-Therapie der Mamillen brachte keine Erleichterung. Sie pumpte Muttermilch und fütterte mit der Flasche Muttermilch und Pre-Nahrung zu. Die Stillversuche zu steigern war wegen der Schmerzen nicht möglich.

Der Stillwunsch der Mutter war so stark, dass sie mit 2 ½ Monaten erneut Unterstützung beim Stillen suchte. Sie erhielt den Hinweis, dass die Einschränkung der Zungenbeweglichkeit bei Geburt so stark war, dass sie durch eine Frenotomie nicht ausgeglichen werden konnte. Es erfolgte eine zweite Frenotomie. Die Schmerzen verschwanden im Lauf der nächsten Woche, vermehrtes Stillen wurde dadurch möglich. Direkt nach Frenotomie 2 erhielt sie durch eine weitere Fachkraft, die die Gewichtskurve nicht aufzeichnete, die Rückmeldung, dass das Baby hervorragend zunehmen würde, obwohl die Gewichtskurve nach unten kreuze.

Als Folge reduzierte die Mutter die Zufütterung zu schnell, beendete die Zufütterung und stillte voll. Kurz darauf erhielt sie, wiederum ohne Beurteilung der Gewichtskurve von einer weiteren Fachkraft derselben Beratungsstelle, die Anleitung, sofort und viel zuzufüttern, weil das Kind die letzten Tage nicht zugenommen hätte,



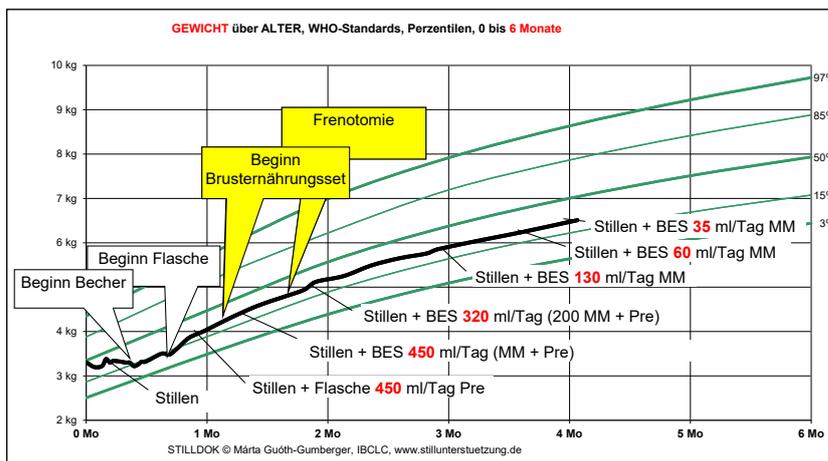
Fallbeispiel 1

zusätzlich die Empfehlung nur einseitig zu stillen, damit das Kind die fettreiche Hintermilch bekäme.

Die anschließende Beratung mit Heranziehen der Gewichtskurve erläuterte, dass das erste Weglassen der Zufütterung zu schnell war, die anschließenden Wellen in der Gewichtskurve auf die Messungenauigkeit zurückzuführen sind, die Tendenz der Gewichtszunahme altersgemäß ist, es wichtig ist immer beidseitig zu stillen und die Zufütterung eher langsam zu reduzieren. Insgesamt ist die Mutter, die anfangs um die 700 ml/d mit der Flasche fütterte und beim Stillen große Schmerzen hatte, auf dem Weg zum vollen Stillen ohne Schmerzen und wird dies wahrscheinlich bald erreichen. Beratung ohne Einbeziehung der Gewichtskurve verursachte unnötig Stress und Verunsicherung.

### Fallbeispiel 2

Der Bub wurde mit einem Geburtsgewicht von 3310g geboren und wurde ausschließlich gestillt. Er nahm nur 3% ab, begann aber nicht zuzunehmen. Ab Zufütterung mit dem Becher begann er zuzunehmen.



Fallbeispiel 2

Nach Absetzen des Bechers nahm das Baby ab, daraufhin wurde im Alter von 3 Wochen Zufütterung mit der Flasche begonnen. Die Menge stieg rasch auf 450 ml/Tag Pre-Nahrung an und Aufholwachstum stellte sich ein.

Mit 5 Wochen stellte die Mutter von Flasche auf Brusternährungsset um und begann zu pumpen. Dadurch sank die Zufütterungsmenge von 450 ml/Tag auf 320 ml/Tag und der Anteil an Muttermilch bei der Zufütterung

stieg. Das Baby hatte eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit. Die Frenotomie mit 7 Wochen ermöglichte besseres Saugen und die Zufütterungsmenge sank weiter. Das Gewicht wurde regelmäßig kontrolliert und die Mutter erhielt nach Beurteilung der Gewichtskurve jeweils eine Rückmeldung. Dies ermöglichte eine langsame und entspannte Reduzierung der Zufütterungsmenge, volles Stillen ist fast erreicht.



### LITERATUR

- > [1] WHO, UNICEF. **Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-milk Substitutes**. 2009. [https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NM\\_H\\_NHD\\_09.01/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NM_H_NHD_09.01/en/).
- > [2] Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C. **ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate**, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017;12.
- > [3] Spangler A, Wambach K. **Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding**. International Lactation Consultant Association (ILCA). 2014.
- > [4] Nindl G, von der Ohe G, Bier A. **EISL-Empfehlungen zur Gewichtsentwicklung: Gedeihen eines Stillkindes**. *Laktation & Stillen*. 2020;5–8.
- > [5] Guoth-Gumberger M. **Gewichtverlauf und Stillen, Dokumentieren, Beurteilen, Begleiten**. Frankfurt: Mabuse Verlag; 2018.
- > [6] WHO. **WHO Child Growth Standards**. 2006. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age>.
- > [7] Guoth-Gumberger M. **STILLDOK-Dokumentationssoftware und Begleitmaterial, CD im Buch „Gewichtverlauf und Stillen“**. Frankfurt: Mabuse Verlag; 2018.
- > [8] Lauwers J, Swisher A. **Counseling the Nursing Mother - A Lactation Consultant's Guide**. 6<sup>th</sup> edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2016.
- > [9] Walker M. **Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence**. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017.
- > [10] De Onis M. **Breastfeeding in the WHO Multicentre Growth Reference Study**. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2006;95 SUPPL. 450.
- > [11] Guoth-Gumberger M. **LACTDOC – Program for Growth Monitoring of Breastfed Babies**. 2014. [www.breastfeeding-support.de/shop/lactdoc-program-growth-monitoring-guoth-gumberger](http://www.breastfeeding-support.de/shop/lactdoc-program-growth-monitoring-guoth-gumberger).
- > [12] Mohrbacher N. **Breastfeeding Answers Made Simple: A Guide for Helping Mothers**. Amarillo, TX: Hale Publishing; 2010.
- > [13] Praborini A, Febriyanti D, Subekti R. **Induced Lactation for Adoptive Breastfeeding Dyads**. *Clin Lact*. 2019;10:127–34.
- > [14] Genna CW. **Selecting and Using Breastfeeding Tools: Improving Care and Outcomes**. Amarillo, TX: Hale Publishing; 2009.
- > [15] Marasco L, West D. **Making More Milk - The Breastfeeding Guide to Increasing your Milk Production**. 2nd edition. New York: Mc Graw Hill; 2020.
- > [16] Penny F, Judge M, Brownell EA, McGrath JM. **International Board Certified Lactation Consultants' Practices Regarding Supplemental Feeding Methods for Breastfed Infants**. *J Hum Lact*. 2019;35:683–94.
- > [17] Penny F, Judge M, Brownell E, McGrath JM. **What Is the Evidence for Use of a Supplemental Feeding Tube Device as an Alternative Supplemental Feeding Method for Breastfed Infants?** *Adv Neonatal Care*. 2018;18.
- > [18] Guoth-Gumberger M. **An der Brust satt werden - Stillen mit dem Brusternährungsset**. 2020. [www.stillunterstuetzung.de/brusternaehrungsset](http://www.stillunterstuetzung.de/brusternaehrungsset).
- > [19] Guoth-Gumberger M. **Eltern-Info: Stillen mit dem Brusternährungsset**. Deutsche Hebammenzeitschrift. 2006;1–14. <https://mobil.staudeverlag.de/de/profiles/b8ec89578e47/editions/category/10402>.
- > [20] Eidelman AI, Schanler RJ. **Breastfeeding and the use of human milk**. *Pediatrics*. 2012;129:827–841.
- > [21] WHO. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.