Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 84 (1986)

Heft: 2

Artikel: Es gibt keinen Grund, nicht zu stillen

Autor: Zumofen, W.A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950293

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Es gibt keinen Grund, nicht zu stillen

Herrn Dr. W. A. Zumofen

Dr. W. A. Zumofen ist 1944 in Brig geboren. Das Medizinstudium hat er in Bern und Zürich gemacht. Als Assistenzarzt hat er in den Kantonsspitälern von Baden, Chur und St. Gallen gearbeitet. Von 1979 bis 1981 ist er Oberarzt in Chur und von 1981 bis 1985 Oberarzt in Aarau gewesen. Seit April 1985 leitet er als Chefarzt die kleine geburtshilfliche und gynäkologische Abteilung des Bezirksspitals Frutigen.

Es ist eigentlich erstaunlich, dass etwas, das während Jahrtausenden völlig normal und richtig war, nämlich das Kind an der Brust der Mutter zu ernähren, in neuerer Zeit in Verruf geraten ist und erst in neuester Zeit mit viel Mühe und vielen Erklärungen wieder eingeführt werden muss. Bis vor 20–30 Jahren gab es kaum eine Mutter, die ihr Kind nicht gestillt hätte. Wenige Ausnahmen bestätigten die Regel. Es folgte dann in den modernen Kliniken eine eigentümliche Wende, geprägt von Furcht vor Infektionskrankheiten. Die Folge war, dass Mutter und Kind immer mehr getrennt wurden. Die Ernährung an der Mutterbrust wurde der allgemeinen Ansicht nach ein überflüssiger Luxus. Das Kind gehörte immer mehr der Klinik. Die Mutter war nurmehr Gebärerin und diejenige, die das Verhältnis Hebamme, Kind und Säuglingsschwester störte. Nach einigen Tagen Wochenbettaufenthalt konnte sie ihr Kind völlig unvorbereitet auf dessen Pflege und dessen Ernährung mit nach Hause nehmen.
Wenn wir Stillstatistiken aus den früheren siebziger Jahren ansehen, bemerken wir, dass praktisch in allen grösseren Spitälern der Schweiz nur zu 30–40% der Mütter ihr Kind stillen konnten.
Auf jede extreme Bewegung folgt eine Gegenbewegung. Die 1958 in Chicago gegründete La Leche Liga war eine erste Reaktion auf die Stillfeindlichkeit. Dieser Liga ist es zu verdanken, dass weltweit in den Industriestaaten wieder vermehrt gestillt wird. In der Schweiz haben wir es ganz besonders Dr. U. Baumann vom Limmattalspital und Prof. U. Tönz von der Kinderklinik Luzern zu verdanken, dass das Stillen in unserm Lande wieder vermehrt propagiert wurde. Vernunft und Einsicht in die Qualitäten der Muttermilch und der Ernährung an der Mutterbrust wurden wieder modern.
In dieser Arbeit sollen sowohl ernährungsphysiologische wie immunologische Aspekte zur Sprache kommen. Einen breiten Raum nehmen die Motivation zum Stillen und Hinweise zur Stilltechnik ein.

Ernährungsphysiologische Aspekte

Proteine

Die Muttermilch nimmt mit einem Proteingehalt von 0,9 g/100 ml eine Extremstellung unter den Säugetiermilchen ein. Adaptierte Milch weist etwa einen doppelten Gehalt an Eiweiss auf; einen noch höheren Gehalt haben Kuhmilch, Schafsmilch, die Milch des Lamas, und extrem eiweissreiche Milchen sind diejenigen des Wolfes und des Rentiers. Da das Menschenkind eine sehr geringe Ausscheidungskapazität hat, kann es Harnstoff, der aus dem Abbau der Eiweisse entsteht, und weitere harnpflichtige Substanzen nur sehr schwer ausscheiden. Die renale Molenlast darf nur sehr gering sein. Bei der eiweissarmen Frauenmilch ist diese mit etwa 80 mOsm/l auch sehr gering. Bereits bei der Kuhmilch entsteht eine renale Molenlast von 228 mOsm/l. Wenn dem Kind nicht zusätzlich Flüssigkeit angeboten wird, kann es bereits bei dieser Milch die harnpflichtigen Substanzen nicht mehr aus dem Körper eliminieren. Noch viel weniger gelingt dies dem Kind, wenn es mit einer noch eiweissreicheren Milch ernährt wird. Dass Romulus und Remus von einer Wölfin gesäugt wurden, ist eine Fabel. Der entstandene Harnstoff hätte für diese zwei Kinder eine nicht zu verkraftende Belastung des Ausscheidungssystems gebracht. Rom wäre also nicht gegründet worden! Da das Menschenkind im Vergleich zu Säugetieren nur ein geringes Wachstumstempo aufweist, reicht der geringe Eiweissgehalt der Muttermilch völlig aus, um ein gutes Gedeihen zu garantieren. Die wenigen Eiweisskörper sind aber hochspezifisch.
Betrachtet man die Globuline etwas näher, fällt auf, dass in der Kuhmilch und in den adaptierten Milchen Beta-Laktoglobulin, ein grossmolekulares Eiweiss, das in der Frauenmilch nicht vorkommt, vorhanden ist. Dieser grossmolekulare Eiweisskörper passiert die Darmschranke, da in den ersten sechs Wochen nach der Geburt eine Darmepitheldysmaturität vorliegt. Allergische Reaktionen können die Folge sein. Die Frauenmilch weist an Stelle des Beta-Laktoglobulins das Alpha-Laktalbumin auf. Zusammen mit dem Laktoferrin und dem Lysozym fehlt dieses Protein in der Kuhmilch und in den adaptierten Milchen. Das Alpha-Laktalbumin ist der bestmögliche direkte Nährstoff. Zusammen mit Laktoferrin bindet es Eisen. Da die Darmbakterien Eisen brauchen, verhindert gebundenes Eisen eine übermässige bakterielle Entwicklung im Darm. Dies erklärt das seltenere Auftreten von Enteritiden bei mit Muttermilch ernährten Neugeborenen. Daneben wirkt das Lysozym direkt bakterizid. Andere spezifische Proteine dürften ähnliche Schutzwirkungen haben.

Fette

Das Kind deckt seine kalorische Versorgung zu 50% mit Fetten. Die menschliche Milch enthält 4 g Fett/100 ml und steht damit der Kuhmilch mit 6 g/100 ml nahe. Eselmilch und Pferdemilch sind sehr fettarm, andere Milchen sind sehr fettreich, zum Beispiel die Milch des Walfisches, welche mit 50 g/100 ml eine Extremstellung einnimmt. Eine Walmutter stellt etwa 600 Liter Milch pro Tag her, was eine Fettproduktion von rund 300 Kilogramm entspricht. Die sogenannte Vordermilch, die Milch, die bei der Mutter zuerst aus der stillenden Brust kommt, weist etwa einen Drittel des Fettgehaltes der Hintermilch auf. Dem Kind sollte also nicht nur der erste Anteil der Muttermilch angeboten werden, sondern es sollte wenn immer möglich eine Brust vollständig entleert werden, bevor die zweite Seite dargeboten wird. Bei den Fetten fällt auf, dass die menschliche Milch einen hohen Gehalt an ungesättigten Fettsäuren aufweist, im Gegensatz zur Kuhmilch, die mehr gesättigte Fettsäuren enthält. Adaptierte Milchen nehmen eine Zwischenstellung ein. Es ist seit längerer Zeit bekannt, dass für den Menschen die ungesättigten Fettsäuren weit leichter verdaulich sind als die gesättigten. Die ungesättigten Fettsäuren haben eine ideale Resorptionsquote. Sie werden vom Kind zu etwa 80% aufgenommen, was besonders für die Ernährung von Früh- und Mangelgeborenen wichtig ist. Bei adaptierten Milchen können die Fette nur zu 60% und bei der Kuhmilch nur zu 50% aufgenommen werden. Wegen der schlechten Fettresorptionsquote aus der Wolfsmilch wären Romulus und Remus, falls sie nicht bereits an der Überbelastung ihrer Nieren infolge übermässigen Eiweissabbaus gestorben wären, verhungert.

Kohlehydrate

Der Laktosegehalt der Frauenmilch ist mit 7 g/100 ml extrem hoch. Die Laktose kommt nur bei Säugern vor und kann

aus Pflanzen nicht gewonnen werden. Die Laktose ist wichtig für die direkte Energiegewinnung, die Wasserbindung im Stuhl und die Entwicklung der Darmflora. Laktose wird durch das Ferment Laktase zu Galaktose umgewandelt. Die Galaktose ist ein Bestandteil der Cerebroside, die für den Aufbau der Hirnstrukturen benötigt werden. Laktose wird nur sehr langsam resorbiert und findet sich daher noch in tieferen Darmabschnitten, wo die bakterielle Spaltung erfolgt. Diese Vorgänge sind wesentlich für die Entwicklung des Bifidusfaktors. Das durch den Bifidusfaktor hervorgerufene saure Milieu verhindert im Dickdarm das Gedeihen von Fäulnisbakterien. Eine Folge davon ist, dass beim mit Muttermilch ernährten Neugeborenen weniger Blähungen auftreten und sich ein länger anhaltendes Sättigungsgefühl einstellt. Mutter und Vater wissen dies wegen der seltener gestörten Nachtruhe zu schätzen.

Mineralien und Spurenelemente

Der Gesamtgehalt der Frauenmilch an Mineralien und Spurenelementen wird mit 0,2 g/100 ml angegeben. Alle anderen Milchen weisen einen weit höheren Gehalt auf. Mit Frauenmilch ernährte Neugeborene haben dadurch nochmals eine geringere renale Molenlast, was erlaubt, die harnpflichtigen Substanzen gut auszuscheiden. Beim Eisengehalt besteht zwischen adaptierter Milch und Frauenmilch nur ein geringer Unterschied. Frauenmilch enthält etwa doppelt soviel Kupfer wie adaptierte Milch. Der Mangangehalt liegt in der adaptierten Milch weit höher als in der Muttermilch. Der Jodgehalt ist etwa ausgeglichen. Im Vergleich zur Muttermilch weist die adaptierte Milch dreimal mehr Kochsalz auf. Dies ist einer der Gründe, weshalb die adaptierten, künstlichen Milchen den Neugeborenen besser schmecken. Ein Kind, das einmal mit künstlicher Milch ernährt wurde, weist meistens die fade, ungesalzene Muttermilch zurück. Wegen dieses erhöhten Kochsalzanteils der künstlichen Milchen kann es beim Kind zu einer hypernatriämischen Exsikkose kommen. Nicht gestillte Kinder haben wegen der erhöhten Natriumchloridkonzentration der künstlichen Milch viel früher Durst und reagieren auf ihren Durst mit Schreien. Die Folge ist, dass diesem Kind, in der Meinung es hätte Hunger, wieder ein Schoppen angeboten wird. Die Ruhe wird nur kurze Zeit dauern. Der Salzgehalt steigt nochmals an, und wieder stellt sich Durst ein. Das Kind reagiert ein weiteres Mal mit Schreien, und wenn nicht anderweitig Flüssigkeit, zum Beispiel in Form von Tee, angeboten wird, kann die hypernatriämische Exsikkose entstehen, die bei einem gestillten Kind nie vorkommt.

Vitamine

Die Vitamine A, D, E und K werden mit den Fettsäuren resorbiert. Diese Vitamine sind wie auch das Vitamin C in der Muttermilch in genügender Menge vorhanden. Das Vitamin D findet sich vorab im Kolostrum (Vormilch). Seit die Kinder früh, das heisst bereits unmittelbar nach der Geburt angesetzt werden, erhält das Kind reichlich Kolostrum. Im Hinblick auf die Prophylaxe der Rachitis ist dies bedeutungsvoll.

Gewichtskontrolle

Dem Wiegen des Neugeborenen wird meistenorts eine viel zu grosse Bedeutung beigemessen. Vor allem Mütter mit ihrem ersten Kind können kaum warten, bis sie dem Arzt mitteilen können, dass ihr Kind bereits das Geburtsgewicht verdoppelt habe. Gemäss einer Untersuchung von Neumann geht hervor, dass mit Muttermilch ernährte Neugeborene ihr Geburtsgewicht erst nach 124 Tagen verdoppeln, während mit künstlichen Milchen ernährte Kinder diese Gewichtsverdoppelung bereits nach 110 Tagen erreichen. Die Kinder, die an der Brust ernährt wurden, sind aber etwas länger und weniger dick als flaschenernährte Kinder. Die künstlichen Milchen enthalten mehr Kohlehydrate als die Muttermilch. Eine Überernährung bereits im Neugeborenenalter ist mit künstlicher Milch möglich, und diese Überernährung könnte als Obesitas während des ganzen Lebens zum Problem werden.

Immunologische und antiinfektiöse Aspekte

Aus immunologischer Sicht erscheint der antiallergische Effekt der Muttermilch ausserordentlich wichtig. Wir haben bereits erwähnt, dass das Neugeborene während den ersten sechs Wochen seines Lebens eine Darmepitheldysmaturität aufweist. Die Proteine durchdringen die Darmwand. Durch Fremdproteine bedingte Allergien finden sich bei brusternährten Kindern daher nicht. Ekzeme sieht man bei gestillten Kindern selten und noch seltner sieht man asthmoide Zustände. Als Folge der die Darmwand durchdringenden Fremdproteine zeigen die IgE an, und es können sich vermehrt allergene Zustände wie Erbrechen, Durchfälle, Juckreiz, Rhinitis allergica usw. einstellen. Sogar chronische interstitielle Blutungen sind beobachtet worden. Professor Tönz konnte zeigen, dass Kinder allergischer Eltern, die mit Frauenmilch ernährt wurden, seltener Allergien aufwiesen als ihre Eltern. Wurden die Kinder allergischer Eltern mit der Flasche ernährt, traten Allergien gleich häufig oder gar noch häufiger auf als bei den Eltern. Der Verzicht auf eine Ernährung mit Fremdeiweissen während den ersten sechs Lebenswochen bedeutet also eine wesentliche Prophylaxe gegen Allergien.

Frauenmilch hat auch einen antiinfektiösen Effekt, der auf verschiedenen Faktoren beruht. Muttermilch kommt praktisch immer steril zum Kind. Muttermilch weist sowohl im zellulären wie im humoralen Bereich antiinfektiöse Eigenschaften auf. Zu den zellulären Elementen gehören die Makrophagen und Lymphozyten, zu den humoralen Elementen das Interferon und das IgA. Die IgA-Antikörper sind in der Muttermilch in höherer Konzentration vorhanden als im mütterlichen Serum, da sie aktiv sezerniert werden. Frauenmilchernährte Kinder erkranken daher seltener an Infekten als flaschenernährte Neugeborene. Auch der plötzliche, ungeklärte Kindstod scheint weit seltener bei gestillten Kindern aufzutreten. Eine Studie von Johnstone weist 46 frühkindliche Todesfälle aus, nur zwei dieser Kinder wurden gestillt. Eine Studie von Tonkin aus Australien weist 169 kindliche Todesfälle aus, nur fünf dieser Kinder waren brusternährt. Und schliesslich berichtet eine Arbeit aus Winterthur über 84 plötzliche unerklärte kindliche Todesfälle, wobei nur drei dieser Kinder gestillt wurden.

Myofunktionale Therapie (MFT)

Wer sich für die myofunktionale Therapie interessiert, weiss aus den Vorträgen von Professor Garliner, dass der Bewegung der Zunge beim Schlucken eine ganz grosse Bedeutung beigemessen werden muss. Die Zunge eines Neugeborenen, das an der Brust ernährt wird, zeigt einen besonderen Bewegungsablauf. Dabei wird bei jeder Schluckbewegung die Zunge gegen den Gaumen gedrückt. Dies geschieht etwa 2000mal pro Tag. Dieser Zungendruck bewirkt zusammen mit der Muskulatur der Lippen eine Normalstellung der Zähne. Kinder, die mit der Flasche ernährt wurden, insbesondere wenn die Öffnung im möglicherweise noch falsch geformten Sauger zu gross ist, gewöhnen sich einen völlig falschen Bewegungsablauf beim Schlucken an. Sie drücken mit der Zunge gegen das Loch im Sauger, weil sie den zu starken Fluss der künstlichen Milch stoppen müssen, um sich nicht zu verschlucken. Diese Fehlbewegung der Zunge kann wegen des unphysiologischen Druckes gegen die Zahnleiste

eine nur schwer korrigierbare Fehlstellung der Zähne bewirken. Das Stillen ist also auch in dieser Hinsicht höchst bedeutungsvoll.

Motivation und praktische Hinweise

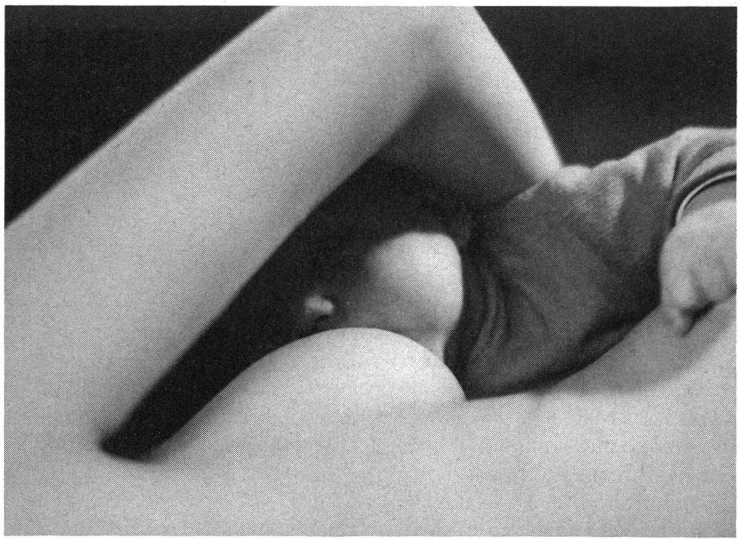
Die aufgezählten Gründe reichen nicht aus, um die jungen Mütter zu bewegen, ihre Kinder wieder vermehrt zu stillen. Weitere Anstrengungen sind notwendig. Es braucht Motivationen. In erster Linie kommt es auf die Motivation des Arztes an. Der Arzt sollte vermehrt seine Rolle als Geburtsmechaniker, Geburtschirurg oder Geburtselektroniker aufgeben und wieder Geburts*helfer* werden. Er muss Helfer und Berater der werdenden und gewordenen Mutter sein. Er darf den natürlich vorhandenen Drang, das Kind mit Muttermilch zu ernähren, nicht stören. Desinteresse oder gar Vorschriften, die das Stillen erschweren, darf es nicht geben. Auch muss sich der Arzt hüten, falsche Anleitungen zu geben. Das medikamentöse Abstillen ist ganz sicher nur in seltenen Ausnahmefällen nötig. An den Ärzten liegt es, die Idee des Stillens zu fördern. Dies kann geschehen in Gesprächen während der Sprechstunde oder noch besser im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen, wo den werdenden Eltern all die Vorteile des Stillens und der Muttermilch aufgezeigt werden. Es gibt auch eine Reihe wertvoller Schriften über das Stillen. Auf der Visite im Wochenbett soll ärztlicherseits Interesse gezeigt werden mit entsprechenden Fragen an die Mutter. Auch Fragen an das Personal sind wichtig. Alle müssen spüren, dass dem Arzt das Stillen am Herzen liegt. Die Motivation des Pflegepersonals soll zudem in Weiterbildungsveranstaltungen gefördert werden.

Die Motivation des Pflegepersonals ist am besten gegeben durch die persönliche Einsicht, dass die Muttermilch wirklich die beste aller möglichen Ernährungen darstellt. Nicht selten braucht es eine ausserordentliche Geduld, die Wöchnerin im Stillen ihres Kindes anzuleiten. Weit einfacher wäre es, der Mutter einen Menuplan zu erklären und die Kinder auf der Station nach einer Rechentabelle zu ernähren. Die Stationsschwester, die die Säuglinge betreut, muss lernen, dass sie anstelle der Rolle der Ernährerin der Kinder, die Rolle der Beraterin der Mutter zu übernehmen hat. Dies verlangt differenzierte Kenntnisse und Erfahrungen über den Stillvorgang. Beispielsweise muss der let-down-Reflex, der besagt, dass ein hungriges Kind zuerst in den Arm der Mutter gelegt werden muss, um erst nach einigen Minuten an die Brust gesetzt zu werden, eine Selbstverständlichkeit sein. Ein hungriges, schreiendes Kind im Arm der Mutter bewirkt, dass über das Grosshirn Hypothalamus und Hypophyse stimuliert werden, im Sinne der vermehrten Oxytocin-Ausschüttung. Das Oxytocin führt zur Kontraktion der Myoepithelzellen an den Brustdrüsenalveolen und erleichtert auf diese Weise den Milchfluss. Wird der let-down-Reflex nicht abgewartet und setzt man das hungrige Kind direkt an die Brust, wird es bei fehlendem oder ungenügendem Milchfluss zubeissen. Die Folge sind offene Warzen.

Daneben muss vom Personal auf der Neugeborenenstation eine Atmosphäre geschaffen werden, die das Stillen erleichtert und die keinen Zweifel offenlässt, dass hier gestillt wird. Das «Nachschöppeln» muss untersagt werden. Nur zu leicht entsteht ein Circulus vitiosus, indem das Kind nach dem Schoppen beim nächsten Stillen noch weniger saugen, und die Brust ihrerseits noch weniger Milch hergeben wird. Das «Nachschöppeln» ist der erste Schritt zur Stillunfähigkeit. Der Mutter soll ermöglicht werden, auch dann zu stillen, wenn das Kind Hunger hat. Dies gilt ganz besonders für die Nacht. Wenn Mutter und Kind möglichst viel beieinander sein können, werden auch die depressiven Verstimmungszustände verschwinden. Diese Verstimmungen, die vor Jahren eine häufige Erscheinung im Wochenbett waren, sind heute praktisch völlig verschwunden. Sie hatten ihre Ursache in der teilweise fast unmenschlichen Trennung von Mutter und Kind.

Bei der Stilltechnik ist zu beachten, dass die Milchleistung sich nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage richtet. Wenn die Mutterbrust zuwenig Milch hergibt, muss kurzfristig öfters angelegt werden. Es ist zu betonen, dass nicht länger, sondern öfters, das heisst kurzfristig 6–8mal pro Tag angelegt wird. Produziert die Brust zuviel Milch, soll die überschüssige Milch nicht abgepumpt werden. Es wird der Brust damit nicht ein übermässiger Bedarf signalisiert. Ein selteneres Anlegen, das heisst nurmehr 3–4mal täglich, kann bewirken, dass die Brust prompt weniger Milch produziert. Meistens ist es nur eine Frage von einigen Tagen, bis sich die Produktion der Muttermilch an die kindlichen Bedürfnisse angepasst hat. Wie erwähnt, sollte das erste Anlegen an die Mutterbrust bereits im Gebärsaal erfolgen. Dann sollte etwa 5mal täglich gestillt werden. Es ist aber sehr empfehlenswert, wenn die Mutterbrust bei Verlangen des Kindes dargereicht wird (feeding on demand). Das häufige Anlegen des Kindes führt zu einem erhöhten Oxytocinspiegel im Blut, der seinerseits eine bessere Kontraktion des Uterus bewirkt. Die Involutionsvorgänge gehen leichter und rascher vor sich. Das ausreichend häufige Anlegen des Kindes an die Mutterbrust verhindert Milchstauungen, die als erster Schritt zu einer Mastitis anzusprechen sind. Das richtige Stillen verhindert praktisch vollständig das Auftreten von Mastitiden. Andererseits soll aber vermieden werden, dass auf einer Wochenbettstation eine eigentliche Stilleistungsneurose entsteht. Das Wiegen der Kinder nach jedem Anlegen soll daher möglichst vermieden werden, oder es soll der Mutter lediglich gesagt werden, dass das Kind genügend Milch erhalten habe.

Wenn eine Mutter nach der ersten Geburt nicht stillen konnte, ist dies noch lange kein Grund, auch das zweite und die folgenden Kinder nicht zu stillen. Allerdings gilt es bei Frauen mit Problembrüsten Geduld und Rücksicht zu üben. Die Agalaktie kommt zu etwa 5% und die Hypogalaktie zu etwa 8% vor. Es ist also nicht möglich, dass jede Frau stillen kann, wenn sie nur will, wie dies immer



wieder einmal behauptet wird.
Medikamente gehen nach dem Fick-'schen Prinzip in die Muttermilch über, und es ist streng darauf zu achten, dass die Mutter keine Präparate zu sich nimmt, die dem Neugeborenen schädlich sein können. Der Status nach einer Mammaprobeexzision ist kein Grund, nicht einen Stillversuch zu wagen. Auch Mammaplastiken sind häufig so gemacht, dass das Stillen trotzdem möglich ist. Mindestens der Versuch sollte gewagt werden. Hohlwarzen können eine besondere Problematik beinhalten. Hütchen können bei abnormen und auch bei offenen Warzen hilfreich sein. Beim Auftreten einer Mastitis kann versucht werden, ob nicht mit zweimal einer halben Tablette Parlodel® und vollständigem Abpumpen der Brust nach Gabe eines starken Analgetikums die Stauung zum Verschwinden gebracht werden kann, bevor vollständig abgestillt wird.
Die Frage, wie lange gestillt werden soll, kann nicht einfach beantwortet werden. Aus dargelegten Gründen ist das Stillen besonders während den ersten Wochen wertvoll. Auch in der Folge ist die Muttermilch eine ausgezeichnete und physiologische Ernährung. Wenn immer möglich, soll das Kind an der Mutterbrust so lange ernährt werden, bis feste Breikost gegeben werden kann. Dann erfolgt schrittweise das Abstillen, das heisst die Abstände zwischen den einzelnen Mahlzeiten an der Mutterbrust werden länger, bis schliesslich nur noch einmal am Tage angelegt wird. Mit der Zeit wird dann ganz aufgehört.
Solange gestillt wird, kann die Kontrazeption ein Problem bedeuten. Normale Kombinationspillen können wegen der Oestrogene, die die Milchleistung vermindern, während der Stillperiode nicht gegeben werden. Es muss daher eine andere Art der Kontrazeption angewandt werden, seien dies mechanische Mittel oder sei dies die Minipille, die nur ein Gestagen in niederer Dosierung enthält, deren Einnahme aber auf die Stunde exakt zu erfolgen hat.
Leider ist es so, dass von Amerika herkommend wieder eine Bewegung vor der Türe steht, die alle möglichen Einwände gegen das Stillen vorbringt und die in der Schweiz durchschnittlich erreichte hohe Stillfrequenz von etwa 80% gefährdet. Es wird zum Beispiel auf den Gehalt an Schadstoffen in der Muttermilch hingewiesen, oder es wird argumentiert, das Stillen sei der Schönheit der Brust abträglich. Es gilt, diesen Bewegungen entgegenzutreten. Sorgfältige Analysen der Muttermilch lassen keinerlei Gefährdung des Kindes durch irgendwelche Schadstoffe erkennen.
Es darf mit Überzeugung festgestellt werden, dass es wirklich keinen Grund gibt, nicht zu stillen!

Literatur auf Anfrage beim Autor

Adresse des Autors:
Dr. med. W.A. Zumofen
Chefarzt Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung
Bezirksspital Frutigen
3714 Frutigen

Referat gehalten am schweizerischen Seminar für myofunktionelle Therapie

Ziel und Aufgabe der La Leche Liga

Margrit Roth, La Leche Liga-Beraterin und Mutter von zwei Kindern, Verantwortliche für die Ausbildung der La Leche Liga-Beraterinnen

Die La Leche Liga («letsche» ausgesprochen) ist eine gemeinnützige, konfessionell und politisch neutrale Selbsthilfeorganisation, die in der Schweiz als Verein organisiert ist. Sie wurde 1956 in Amerika gegründet und ist in 44 Ländern vertreten, seit 1973 auch in der Schweiz. Das Ziel der La Leche Liga ist es, Stillinformation und Unterstützung von Mutter zu Mutter weiterzugeben. Die Beraterinnen der LLL haben alle selber erfahren, wie schön das Stillen und das Muttersein ist. Diese Freude möchten sie anderen Müttern weitergeben. Sie arbeiten alle ehrenamtlich.
Die LLL Schweiz hat einen medizinischen Beirat, der unsere Arbeit unterstützt und uns bei medizinischen Problemen beratend beisteht. Wir wissen jedoch, dass die meisten Stillprobleme nicht medizinischer Art sind und sich mit guter Stillinformation und genügend Unterstützung überwinden lassen. Die LLL-Stillberaterinnen geben keine medizinischen Ratschläge.
Da wir wissen, wie wichtig Unterstützung für eine stillende Mutter ist, bieten wir Gruppentreffen an, an denen schwangere Frauen, stillende Mütter sowie gelegentlich Väter, Grossmütter, Hebammen und weitere Interessierte teilnehmen. Wohl einzigartig ist es, dass Säuglinge und Kleinkinder zum festen Bestandteil der Stillgruppe gehören. Die monatlichen Treffen finden meist in der gemütlichen Atmosphäre einer Privatwohnung statt und bieten Gelegenheit, sich übers Stillen zu informieren sowie über alle Fragen rund um Geburt, Kindererziehung und Ernährung zu reden. Daneben geben die Beraterinnen jederzeit telefonisch Auskunft; sie haben im letzten Jahr über 5500 Anfragen beantwortet.
Um das Bedürfnis nach Information zu befriedigen, hat die La Leche Liga das «Handbuch für die stillende Mutter» herausgegeben. (1958 erste englische Ausgabe, 1980 erste deutsche Ausgabe, 1981 erweiterte englische Ausgabe, 1986 erweiterte deutsche Ausgabe.) Zudem sind zahlreiche Informationsblätter zu speziellen Themen wie dem Stillen von Frühgeborenen, Zwillingen oder Stillen nach Kaiserschnitt erschienen.
Unsere zweimonatlich erscheinende Zeitschrift «BuLLLetin» dient als Vereinsorgan und bringt Beiträge rund um die Mutter-Kind-Beziehung, Erfahrungsberichte über das Leben mit gestillten Kindern und neue Informationen über das Stillen. Auf diese Zeitschrift, die bereits im 10. Jahrgang erscheint und ganz von LLL-Müttern und -Vätern gestaltet und redigiert wird, sind wir ganz besonders stolz.

Voraussetzungen und Werdegang einer LLL-Beraterin

Unabhängig von Rasse, Religion, wirtschaftlichen Verhältnissen, Lebensweisen oder Ausbildung sind alle LLL-Beraterinnen vereint in ihren Bemühungen um eine gute Mutter-Kind-Beziehung durch Stillen. Wir erwarten ausgedehnte Stillerfahrung und ein allgemeines Verständnis für die Bedürfnisse des Säuglings und die Bedeutung der mütterlichen Fürsorge. Eine Bewerberin sollte eine annehmende, positive Haltung und Respekt gegenüber Andern mitbringen, sich einfühlen und mitfühlen können, sowie Wärme und Freude am Mutter-Sein ausstrahlen.
Ausgebildet werden die Bewerberinnen in einem praktischen und einem theoretischen Teil. Sie nehmen aktiv am Leben in einer Stillgruppe teil, übernehmen kleinere Aufgaben in der Gruppe, (Gastgeberin, Bibliothekarin, Mitgliederbetreuerin usw.) und zeigen dadurch ihr Interesse an der LLL und an andern Müttern. Sie lernen die Haltung der LLL gut kennen und prüfen, ob diese mit ihrer eigenen übereinstimmt und sie sie guten Gewissens vertreten können. (Wir überlassen es jeder Gruppen-Mutter, soviel von den LLL-Grundsätzen anzuwenden,